

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL DE
DOROTHEA OREM NA ASSISTÊNCIA À INDIVÍDUOS
EM DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA

Dissertação submetida à Univer-
sidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem.

ALBA LÚCIA AGRA GUIMARÃES

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

NOVEMBRO - 1989

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL DE DOROTHEA
OREM NA ASSISTÊNCIA À INDIVÍDUOS EM DIÁLISE PERITONIAL
AMBULATORIAL CONTÍNUA

Submetida a Banca Examinadora para obtenção do
Grau de

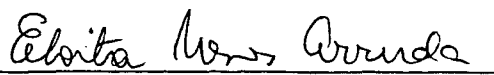
MESTRE EM ENFERMAGEM

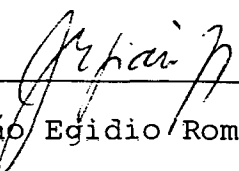
POR

ALBA LÚCIA AGRA GUIMARÃES

APROVADA EM 10 / 11 / 89


Dra. Mercedes Trentini - Presidente


Dra. Eloita Neves Arruda - Examinador


Dr. João Egídio Romão Junior - Examinador

A Deus, pai misericordioso e criador do universo. Aos Espíritos de Luz, entidades superiores que guiam nossas caminhadas pela vida.

Eu Vos agradeço infinitivamente por todas as vezes que me carregaram nos braços, não permitindo que eu ficasse abatida no chão;

Eu Vos peço que nunca deixem morrer em mim a esperança que tenho na vida e a fé que tenho no próximo; não deixem meu coração embrutecer, pois sem amor, carinho e sensibilidade, minha vida perde todo o sentido de ser.

Apenas uma pessoa é capaz de avaliar o que significou em minha vida estes quase quatro anos de mestrado em Santa Catarina: EU!

Este trabalho é o reflexo do que sou hoje, e assim como eu, não é perfeito e é passível de críticas, modificações e adaptações.

Eu o dedico a mim mesma, como estímulo à novas caminhadas, novas buscas e como prova de que, apesar de tudo, tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

I - TÉCNICOS

A professora doutora Mercedes Trentini, pelo seu incentivo que me permitiu acreditar neste trabalho; pela competência científica e seriedade, com os quais conduziu nossos encontros.

A Universidade Estadual de Feira de Santana, por haver me permitido o afastamento necessário para o meu crescimento e aprimoramento profissional. De maneira muito especial a professora Terezinha Maria Trocolli Abdon Dantas, pelo incentivo, apoio e estímulo no início da minha caminhada e ao professor Neuton Carvalho Torres, meu "procurador oficial" em todos os momentos de dificuldades administrativas e burocráticas.

A CAPES/PICD por amenizar através do seu estímulo financeiro, minha caminhada na subida de mais este degrau profissional.

A Universidade Federal de Santa Catarina, de maneira muito especial ao corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pela parcela de contribuição que cada um de vocês, de maneira bem individualizada, dedicaram ao meu crescimento profissional e pessoal.

A equipe Nefrológica do Hospital Governador Celso Ramos, pela acessibilidade aos seus arquivos e prontuários e pela valiosa troca de informações que viabilizaram a aplicação prática deste estudo.

A Rosa Maria Pereira Martins, secretária do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC e a Maurício Eduardo Graipel, pessoas sempre presentes e atenciosas que acompanharam de perto todo o meu trabalho.

Aos laboratórios: Travenol Comercial e Industrial Ltda. e Hiplax Laboratório de Hipodermia S.A., pelo fornecimento de material bibliográfico em forma de textos, boletins, anais, slides e fitas de vídeo cassete. Provavelmente minha caminhada teria sido muito mais difícil sem estas valiosas contribuições. E, em particular, ao Laboratório B. Braun S.A., que possibilitou a viagem e a estadia de um dos membros de minha banca examinadora.

Ao professor Fernando José Wolkmer, pelas traduções competentes e pontuais, que agilizaram o desenvolvimento deste estudo.

Ao amigo e futuro colega Artur Henrique Leimann, pela forma ágil e competente com as quais digitou este trabalho e, principalmente, pelas discussões e questionamentos sobre seu conteúdo, que me ajudaram na composição final do mesmo.

II - PESSOAIS

A minha família, único tesouro que tenho na vida; pela companhia distante, pelo amor sem limites, pelo respeito sincero, pela confiança absoluta e pelo incentivo incansável. A meus pais devo a vida, seus ensinamentos e exemplos embasam meus passos na caminhada da vida e dos quais tento sempre não me desviar. A meus irmãos devo a sobrevivência e o crescimento passo a passo, muitas vezes caminhamos em silêncio solidário, mas sempre juntos, mesmo quando fisicamente distan-

tes nas situações mais adversas. Com vocês divido minhas pequenas vitórias, minhas angústias, minhas esperanças, meus sonhos, minha vida. Obrigado Cristo, pela família que tenho.

A Marlene P. Ferreira e seus filhos Maria Lúcia e Mauro P. Ferreira, minha família em Florianópolis, por me terem acolhido em seu lar como filha-irmã. A vocês devo minha estabilidade emocional, desde a época de seleção para o mestrado até os dias atuais. Jamais esquecerei a forma com que dividimos juntos os momentos de paz e harmonia e os momentos difíceis. Sempre encontrei junto a vocês as palavras certas nas horas certas; o apoio, o incentivo, o aconchego e também as chamadas a realidade, que fizeram de minha passagem por aqui mais amena e menos sofrida. Mais uma vez, obrigado Cristo.

A Mercedes Trentini, que nos momentos mais críticos do meu curso de mestrado acreditou em mim, depositando toda sua confiança e apostando em minha capacidade. Sem o seu apoio, compreensão, estímulo e solidariedade, eu dificilmente conseguiria chegar a reta final. Somos diferentes e nossas diferenças nos uniu. Aprendi muito com você. Deus lhe pague.

A Neuton Carvalho Torres, amigo-irmão distante, pela cumplicidade da nossa amizade; pelo apoio, estímulo, incentivo e participação constantes no trilhar da vida. Nos momentos mais difíceis sabemos que podemos contar um com o outro; é isso que faz minha vida ter sentido: a amizade sincera. Que Deus lhe proteja e lhe ilumine, para que sejas cada vez mais gente.

As colegas de curso, amigas e irmãs Tereza Bagnara, Marta Lenize do Prado e Ellen Márcia Peres Peixoto, pelas inesquecíveis lições de vida que aprendemos juntas. Durante o tempo que nossas vidas

trilharam o mesmo caminho, formamos uma família na aridez de uma cidade estranha. Juntas espantamos a solidão, dividimos nossas tristezas, subtraímos nossas angústias, multiplicamos nosso amor e somamos nossas regionalidades. O resultado foi uma mistura gostosa de vida. Hoje, estamos separadas, cada qual tomou o seu caminho e, a cada uma de vocês eu digo: Obrigado pelo que você significa para mim, nunca a esquecerei.

A Tânia Maria Tavares Gomes Silva, amiga-irmã baiana, residente em São Paulo. Sua casa tornou-se o meu ponto de equilíbrio de vida, o meu porto seguro; com você reabasteci minha existência de amizade, sinceridade e confiança. Juntas matamos as saudades de nossas famílias e da nossa terra; falamos o mesmo idioma, respeitamos nossas individualidades e compartilhamos as mesmas emoções. Amo você.

A Aline Beatriz Moreira Gullo, colega-amiga-irmã, responsável pelo meu direcionamento definitivo para a área de enfermagem nefrológica. Com você compartilho minhas idéias, discuto minhas dúvidas, troco informações e, principalmente, aprendo muito. Devo muito deste trabalho a você, que nunca me sonegou informações e que sempre facilitou meu acesso a outros profissionais da área. A vida e a enfermagem precisam muito de pessoas como você. Obrigado pelo que você é como ser humano e como profissional.

A Paula Costa, colega-amiga-irmã, pela presença sempre constante, pelo incentivo e solidariedade, pelo treinamento competente, pelos ensinamentos imprescindíveis e, principalmente, pela maneira carinhosa de falar e abraçar. Sua beleza transpõe o corpo físico, é algo que brota do seu interior e com tamanha naturalidade que contagia a todos que privam da sua amizade.

A Márcia Rovella de Araújo, colega-amiga-irmã, pela disponibilidade e acessibilidade que sempre me dispensou; é muito gratificante conhecer pessoas com seu potencial humano e profissional.

A Rosa Maria Pereira Martins, uma pessoa muito especial, por todas as palavras amigas e gestos de carinho que sempre tem para com aqueles com quem convive. Sua presença é o bálsamo necessário a todos os mestrandos de enfermagem que por aqui transitam. Muitas vezes, você apenas com um olhar, me transmitiu coisas que palavra nenhuma seria capaz de expressar. Muito obrigada por você existir.

A todos os amigos que encontrei nesta caminhada; vocês foram meus irmãos, quando os meus estavam longe; partilharam comigo das alegrias e das tristezas. Recebi inesquecíveis lições de fraternidade, espiritualidade, amor, vida e de como ser gente. Com vocês aprendi a perceber o valor das pequenas coisas e a valorizar os momentos de pequenas alegrias. Nunca os esquecerei.

Aos Clientes minha eterna gratidão. A vocês dedico de maneira muito especial este trabalho. Cada um, a seu modo, enriqueceu minha vida e contribuiu, de forma incondicional, para o meu crescimento profissional e pessoal. Sem vocês esta caminhada teria sido em vão. Espero ter contribuído de alguma forma, para o crescimento de suas competências para o auto-cuidado. Que Deus esteja com cada um de vocês em cada passo de suas vidas. O meu respeito e o meu carinho. Desejo um dia poder revê-los.

RESUMO

Trata-se da elaboração de um Marco Conceitual e um Processo de Enfermagem fundamentados na Teoria Geral de Enfermagem de Dorthea Orem para a assistência ao cliente renal crônico em CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua).

A metodologia foi desenvolvida com 10 clientes ambulatoriais de um hospital geral da cidade de Florianópolis - SC., no período de novembro/88 a março/89. A coleta de dados foi feita durante as visitas domiciliares, através de entrevistas e da observação, obedecendo o instrumento elaborado; utilizou-se também dados obtidos pela consulta aos prontuários hospitalares. A assistência de enfermagem foi desenvolvida à medida em que os déficits foram sendo identificados, conforme o Marco Conceitual elaborado e seguindo os passos do Processo de Enfermagem proposto.

A partir da assistência prestada pode-se concluir que:

1- Houve adequação do Marco Conceitual às diversas situações, em todos os clientes assistidos;

2- O Processo de Enfermagem foi operacionalizável, fornecendo ao enfermeiro um instrumento prático e eficiente no direcionamento das ações terapêuticas necessárias à assistência de cada cliente, a partir de suas histórias de vida.

ABSTRACT

Deals with the working out of a Conceptual Framework and of a Nursing Process having their foundation on Dorothea Orem's Nursing General Theory for assistance to the chronic renal failure client on CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis).

The methodology was developed with 10 outpatient clients from a general hospital in the city of Florianópolis-SC from november 1988 through march 1989. Data collection was carried out during home calls, through interviews and observation, emulating the instrument as prepared; data collected through a scanning of hospital records were also used. Nursing assistance proceededed *pari passu* with the identification of deficits, conforming to the designed Conceptual Framework and following those steps proposed for the Nursing Process.

Based on the assistance delivered, the conclusion is reached that:

- 1- Adequacy to the Conceptual Framework was secured for the several situations, covering all assisted clients;

- 2- The Nursing Process revealed itself functional, offering the nurse a practical and efficient tool in directing those therapeutic actions needed to assist each client, based on their life histories.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
Objetivos	20
Geral	20
Específico	20
Justificativa	20
REVISÃO DA LITERATURA	23
Insuficiência Renal Crônica	23
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)	27
Assistência de Enfermagem a pacientes em CAPD	40
Assistência de Enfermagem a Pacientes Crônicos através do processo de enfermagem proposto por Orem	45
MARCO CONCEITUAL	53
PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM	63
Fase Intelectual	64
1º passo	64
2º passo	66
Fase Prática	68
3º passo	68
METODOLOGIA	70
Síntese Iº Processo de Enfermagem	85
Síntese IIº Processo de Enfermagem	98
Síntese IIIº Processo de Enfermagem	108
ANÁLISE, DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	118
Análise	118
Facilidades	118
Dificuldades	120
Adaptações	121
Limitações	122
Discussão	123
Recomendações	132
Pesquisa	132
Ensino	133
Assistência	133
CONCLUSÕES	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

ANEXO I	141
Exigências de Auto-Cuidado	142
ANEXO II	145
Sistemas Básicos de Enfermagem	146
ANEXO III	147
Processo de Enfermagem	148
ANEXO IV	155
Complicações Médicas em CAPD: Orientações de Enfermagem para o Auto-Cuidado	156
ANEXO V	163
Paciente I	164
Paciente II	212
Paciente III	259
ANEXO VI	298
Parecer	299

INTRODUÇÃO

Segundo a National Commission on Chronic Illness, 1956 (citado por Craig et alii, (1983), o termo "doença crônica" refere-se a um grande número de enfermidades caracterizadas por um lento e progressivo declínio da função fisiológica normal. As enfermidades são permanentes, deixam incapacidade residual e são causadas por uma patologia não reversível.

Vieira (1976) diz que a doença, suas sequelas e todas as circunstâncias delas derivadas se constitui em um processo que se desenvolve, atingindo o homem como um todo, na sua integridade biopsicossocio-espiritual. O processo doença é, pois, uma ameaça à integridade da pessoa em sua unidade corpo-mente. Também Feldman (1974) postula, através de uma visão holística, que a doença seja um fenômeno composto, moldado e sofrendo contribuições de um número de influências que podem ou não trazer em si uma relação causal direta umas com as outras, e o manuseio da doença requer compreensão de tantas destas influências quanto possível (...), e as condições incapacitantes devem ser examinadas dentro do contexto do total envolvimento humano (...), os indivíduos estão não apenas envolvidos com os problemas "médicos" de suas doenças, mas com um amplo espectro de complicações sociais, econômicas e comportamentais.

Tamlyn et alii (1983) observam que avanços médicos e tecnológicos, no decurso da última metade deste século, têm levado a um atordoante aumento na extensão da vida dos norte-americanos. Hoje,

mesmo que estejamos vivendo mais tempo, são, frequentemente, as doenças crônicas que estão evitando um aumento acelerado na extensão da vida. Assim, não só há mais pessoas vivendo com problemas crônicos de saúde, mas também, estes problemas, estão atormentando estas pessoas por um período de tempo maior de suas vidas.

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a partir da década de 60, com o aumento da esperança de vida da população, vem ocorrendo, igualmente, modificações nos índices de morbimortalidade, indicando a necessidade de reorientação das prioridades de ações propostas para o Setor Saúde (Ministério da Saúde, SNPES e DNDCCD, 1987).

Em vista da incidência de pacientes com moléstias crônicas controladas nos ambulatorios e tratadas no domicílio, a participação do paciente no seu próprio tratamento, ou a colaboração da família neste sentido, é um fator importante a ser considerado por aqueles profissionais envolvidos na obtenção de sua cura, na melhora de seu estado de saúde, ou no controle da doença, diz Mendes et alii (1981). E complementam, (...) não podemos ignorar, ou negar, o fato de que muitas prescrições médicas e de enfermagem não são respeitadas integralmente pelos pacientes (...), o papel do enfermeiro como educador assume grandes dimensões, principalmente nos casos de moléstias crônicas que requerirão seguimento ambulatorial contínuo e efetivo. Para que tal efetividade seja concretizada faz-se necessária a compreensão da doença por parte do paciente e sua cooperação ativa no tratamento.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome caracterizada por dano progressivo e irreversível de ambos os rins. Ela pode se desenvolver durante um período de muitos meses e anos. É frequentemente um processo insidioso, porque os rins tem uma extraordinária

quantidade de reserva funcional. Antes que as manifestações clínicas da IRC se tornem aparentes, já deve existir um significativo grau de dano renal (geralmente maior que 80%). Com assistência apropriada, muitos pacientes podem permanecer livres de sintomas até que 90% da função renal seja perdida (Lewis, 1981).

O desenvolvimento de novas técnicas de tratamento da IRC, tem colaborado para o aumento do tratamento ambulatorial e da participação cada vez maior do próprio paciente em seu tratamento. O número de pessoas com IRC em fase terminal tem crescido muito nos últimos 10 anos. No mundo todo, em 1983, mais de 200 mil pessoas com deficiência da função renal dependiam dos recursos da medicina moderna, para se manterem vivas (Laboratório Travenol).

As estimativas são de que, aproximadamente, 50.000 brasileiros atualmente, sejam portadores de algum grau de insuficiência renal, embora a grande maioria não tenha sequer, acesso ao diagnóstico (Manual Travenol). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, apenas 28% dos indivíduos estimados como portadores de problemas renais são devidamente diagnosticados e recebem algum tipo de tratamento. As alternativas de tratamentos disponíveis aos pacientes renais crônicos são três: hemodiálise (HD= 80% dos pacientes); diálise peritoneal intermitente (IPD ou DPI= 5% dos pacientes) e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD ou DPAC= 10% dos pacientes); e transplante renal (TX= 5% dos pacientes). Como pode ser observado, cerca de 95% dos pacientes renais, no Brasil, são submetidos a tratamento dialítico, e apenas 5% destes, conseguem realizar o transplante renal (Romão Jr. e Bevilacqua, 1988).

Destes tipos de tratamento, a CAPD é o mais recente, e vem ganhando muitos adeptos. Nos EUA e Europa, em 1978, havia apenas 24 pacientes em CAPD; já em 1981 se contavam pelo menos 7.500 pacientes em 60 países (Riella et alii, 1982). Em 1982, 16.000 pacientes em todo o mundo eram tratados pela CAPD, destes, cerca de 7.000 só nos EUA (Divino, 1983). Dois anos depois, em 1984, este número mundial crescia para 30.000 paciente; nos EUA 08% dos pacientes renais utilizavam a CAPD, e no Canadá, aproximadamente 70% da população renal aderiam ao novo método (Zappacosta e Perras, 1984).

Independente do tipo de tratamento a que é submetido, o indivíduo portador de IRC tem o seu estilo de vida alterado, quer pela dependência das máquinas, quer pelas exigências terapêuticas, quer pelas restrições impostas pela uremia, ou ainda pelos procedimentos técnicos da auto-diálise, que devem ser realizados cerca de 4 vezes/dia, por toda a vida. Pouco a pouco, estas mudanças de estilo de vida, interferem na unidade bio-psico-sócio-espiritual do indivíduo, e estas, são agravadas quando o efeito urêmico começa a desencadear alterações significativas em todos os sistemas funcionais do organismo (Lewis, 1981).

Os efeitos destas alterações são minimizados quando o tratamento utilizado é a CAPD, que nós definimos como "método auto-dialítico e auto-aplicável através de um processo contínuo 24 hs/dia, no qual a membrana peritoneal realiza a diálise das substâncias tóxicas acumuladas no sangue, decorrente da incapacidade funcional dos rins". Com excessão do transplante, a CAPD é o método de tratamento mais orgânico e que menos utiliza equipamentos técnicos para remoção da toxinas, isso porque a capacidade de ultrafiltração peritoneal assemelha-se, mui-

to de perto, ao processo que é desenvolvido normalmente pelos rins, proporcionando assim, um equilíbrio orgânico e metabólico bem próximo aos parâmetros de normalidade de um indivíduo sadio. Um dos grandes problemas relatado pelo uso da CAPD é o da imagem corporal (Oreopoulos et alii, 1982; Phillips, 1986; Burton et alii, 1981). Segundo os autores, a presença contínua do cateter abdominal, da bolsa e do líquido intra-abdominal alteram a auto-imagem do indivíduo, e interferem, principalmente, nos relacionamentos sexuais.

Ainda não tem sido relatado os efeitos psicológicos desencadeados pela rotina das 4 trocas/dia, no processo da auto-diálise, provavelmente, isto se deve ao pouco tempo de uso do tratamento. A adaptação dos pacientes tem sido considerada satisfatória, visto que, não existem registros do contrário. A principal causa de "drop out" tem sido a peritonite de repetição (Oreopoulos, et alii, 1982; Riella, et alii, 1982; Duarte, 1988; Keane, 1988; Onderdelinder, 1988; Pro-want, 1988).

Na prevenção e/ou detecção precoce destes processos infecciosos, é fundamental a atuação do enfermeiro, pois é ele o responsável pela seleção, treinamento, implementação e acompanhamento dos pacientes no processo auto-dialítico da CAPD. Em todas estas fases, a enfermagem é mais que simples atividade de saúde. Para ser considerada realmente, a atuação do enfermeiro deve ser fundamentada em ações conscientemente selecionadas e dirigidas na execução dos objetivos da enfermagem na situação específica de saúde do indivíduo portador da IRC, submetido ao tratamento da CAPD.

Não existem modelos de assistência em enfermagem dirigidos ao paciente em CAPD; o que existe são "Procedimentos Standard" elaborados pelos laboratórios que atuam na área, e que determinam a sequência técnica adequada, de acordo com o tipo da linha de produtos utilizados. Os enfermeiros dos Centros Nefrológicos, treinam seus clientes para a realização do auto-tratamento, com base, nas diretrizes traçadas pelos laboratórios e obedecendo o "Manual para Troca de Bolsas" fornecidos pelos mesmos. Na realidade, os enfermeiros estão ensinando e estimulando as ações de auto-cuidado aos seus clientes, embora muitos deles não possuam consciência, nem fundamentação científica para tal.

A orientação para o auto-cuidado, tem sido abordada e reconhecida por autores como Horta (1974), Levin (1978) e Carvalho e Castro (1985), como uma das funções do enfermeiro dentro da equipe de saúde.

Horta (1979, p. 29), diz que: "a enfermagem (...) implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas (...) com o objetivo de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado". Já para Carvalho e Castro (1985, p. 74) "o auto-cuidado é uma tendência emergente em todas as políticas de saúde. O objetivo da assistência em enfermagem é o auto-cuidado (...) e o papel da enfermagem é o de compensar as limitações do cliente e ajudá-lo para o desenvolvimento do seu potencial para a saúde no presente e no futuro". E Levin (1978, p. 170), coloca que o "auto-cuidado é um processo pelo qual uma pessoa pode atuar efetivamente em seu próprio favor, na promoção

da saúde e tratamento de doenças, no nível dos recursos primários de saúde, no sistema de auto-cuidado da saúde". Estes autores, cada um com visão e direcionamento ideológico pessoal, seja através de abordagens técnico-funcional, política, educativa, curativa e/ou preventiva, enfocam um aspecto da assistência, que é fundamental para o cliente de CAPD: as ações de auto-cuidado - não apenas para realização do auto-tratamento, mas também na prevenção e manutenção de um nível satisfatório de saúde.

Para que as ações de enfermagem sejam efetivas e direcionem o cliente de CAPD a tornar-se o mais independente possível da assistência das equipes de saúde, o enfermeiro deve organizar seus conhecimentos acerca das exigências terapêuticas requeridas pela patologia e método de tratamento. Ou seja, organizar um marco conceitual para a assistência a esses clientes, que além de considerar esses aspectos, enfoque também, estilo de vida, crenças, valores, relações familiares, motivação e atitudes positivas do cliente, frente à vida e a sua situação de saúde, para que o enfermeiro possa assisti-lo, não apenas voltado para a doença, mas sim, através da perspectiva de participação do mesmo, no amplo quadro de saúde que se supunha domínio dos profissionais de saúde.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem, apresenta como principal premissa o auto-cuidado para indivíduos em vários níveis de saúde, oferecendo amplas possibilidades de contribuição na elaboração de um marco que direcione a assistência de enfermagem ao cliente de CAPD, com base nos conceitos que preconiza e da operacionalização dos mesmos, através da adaptação do processo de enfermagem que propõe. Orem (1985) se baseia em três elementos essenciais: a) competência do indi-

víduo para o auto-cuidado, caracterizada pela existência de repertório de comportamento que dá ao indivíduo o poder de engajar-se em atividades de auto-cuidado; b) demanda terapêutica para o auto-cuidado, caracterizada por necessidades objetivamente estabelecidas, para engajamentos em ações de auto-cuidado; e c) competência da enfermagem para o auto-cuidado, caracterizada pela capacidade em planejar e efetivar sistemas de enfermagem, visando suprir o déficit da competência do indivíduo para o atendimento de sua demanda terapêutica de auto-cuidado.

O enfermeiro, ao planejar as suas atividades deve ter em mente que estas atividades têm como objetivo que o cliente se torne independente desta assistência, tanto quanto possível. As metas gerais da enfermagem, numa situação específica de saúde, variam de acordo com a demanda terapêutica do auto-cuidado e a competência do indivíduo em auto-cuidar-se. A precisão necessária para o equilíbrio dessas ações pode ser adquirida através da determinação sistemática do porque o indivíduo requer enfermagem. Esta informação, após apropriada análise e interpretação para obtenção da perspectiva de enfermagem, habilitará o enfermeiro para fazer julgamentos sobre as características do cuidado a ser prestado, que poderá trazer a contribuição terapêutica necessária para a realização do paciente nas metas do auto-cuidado da saúde. E a medida em que a assistência está sendo prestada, o enfermeiro deve avaliar a evolução desta assistência, através do aumento ou diminuição da demanda terapêutica do auto-cuidado, o que constitui o sistema de regulação para a assistência de enfermagem.

Objetivos

Geral

. Prestar assistência de enfermagem a pacientes portadores de IRC, em tratamento pelo método da CAPD, baseada na Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

Específicos

. Elaborar um marco conceitual e um processo de enfermagem, para assistência a pacientes com IRC, em tratamento por CAPD, baseados nos conceitos de auto-cuidado proposto por Orem.

. Implementar o marco conceitual através do processo de enfermagem elaborado, com pacientes em fase terminal de IRC em tratamento pela CAPD.

. Avaliar a assistência prestada e a viabilidade do marco conceitual elaborado, na situação específica de saúde do renal crônico que utiliza a CAPD.

Justificativa

Segundo Carvalho e Castro(1985), o marco conceitual "é uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento e da ação (...) e para a enfermagem serve de referência à busca de respostas para a construção do conhecimento, ao alcance de metas para a prática, e ao desenvolvimento de experiências da formação da pessoa (...) funcionando como uma verdadeira pedra angular para garantir a forma fundamental dos caminhos da ação de enfer-

magem e, portanto, a visão da totalidade nos diferentes cenários da prática".

A situação atual da assistência de enfermagem prestada aos clientes em CAPD, apresenta um quadro deficitário e carente de novas propostas metodológicas, na formação do seu corpo de conhecimentos, que possa ser direcionado à prática.

Diante dessas características extremamente peculiares da CAPD, que busca a valorização das potencialidades do cliente, através da adoção de um modelo participativo de assistência à saúde, que o torne independente dos profissionais de saúde, por meio do desenvolvimento crescente de suas responsabilidades e do seu poder de decisão, decidimos pela adoção de um marco conceitual, que direcione as ações de auto-cuidado do enfermeiro e do cliente para a prática, no sentido de assegurar-lhes caminhos efetivos, para o alcance dos seus objetivos preventivos e terapêuticos. E, tendo em vista a importância das ações de auto-cuidado para a efetividade prática da CAPD, optamos pela utilização da Teoria Geral de Enfermagem de Orem para a elaboração de um marco conceitual, que fundamente nossa prática assistencial, através da operacionalização do processo de enfermagem, descrito pela autora, e, adaptado à nossa clientela.

Salientamos que a escolha da nossa clientela, deve-se aos seguintes aspectos:

- (a) atuarmos como docente na nossa Instituição de origem, tendo sob nossa responsabilidade todo o conteúdo de Enfermagem Nefrológica;
- (b) termos elaborado um Projeto de Extensão, que deve ser posto em prática tão logo retornemos a nossa Instituição, e este, destina-se à assistência ao paciente renal;

(c) ser o tratamento do renal crônico por CAPD um método novo e ainda pouco conhecido pelos profissionais de enfermagem, e carente de uma metodologia de assistência próprio para as características regionais;

(d) contribuir com estudos científicos, uma vez que a bibliografia na área é bastante escassa, como pode ser observado na revisão de literatura apresentada.

REVISÃO DA LITERATURA

Insuficiência Renal Crônica (IRC)

Muito se tem estudado ao longo da evolução da história do homem acerca da Insuficiência Renal Crônica (IRC) e seu tratamento. No início deste século os progressos começaram a surgir, e com eles a esperança de melhores condições de sobrevivência. Desde 1902, quando Ullman realizou o primeiro transplante renal em animais até 1975, quando J. Moncrief desenvolveu os princípios da diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), muitos estudos e estudiosos se sucederam no desenvolvimento, cada vez mais aprimorado, de uma tecnologia eficaz e confortável para o paciente (Lewis, 1981; Green et alii, 1983; Marcondes et alii, 1979; Farreras et alii, 1973 e Sabaga et alii, 1970).

A National Kidney Foundation relata que mais de oito milhões de americanos sofrem de doenças relacionadas com os rins. As mortes decorrentes das doenças renais foram estimadas como sendo de aproximadamente 55.000 anualmente. A maior parte das doenças renais e mortes ocorrem nos anos mais produtivos da idade adulta. Todos esses fatores contribuem para a condição da IRC como um importante problema de saúde, atualmente, na nação (Lewis, 1981).

Ainda segundo Lewis(1981), com o desenvolvimento de progressos técnicos na diálise renal e no transplante, um número crescente de pessoas com IRC teve oportunidade de viver muito mais do que geralmente seria permitido pela gravidade de sua doença renal. Em 1980, aproximadamente 54.100 pessoas tiveram IRC. Desse total, 45.000 foram tra-

tadas com diálise e 4.800 receberam transplantes. Esse grupo constitui uma parcela do número crescente de pessoas cuja longevidade e capacidade de atuar se modificou como resultado direto de intervenção médica e cirúrgica.

A legislação do Medicare (Lei 92-603), aprovada em 1973, estipulou fundos federais para todos os pacientes com doença renal crônica em estágio terminal. Segundo Lewis (1981), esta disponibilidade de dinheiro para uma doença terminal levantou muitas questões com relação à distribuição de grandes somas de dinheiro para números relativamente pequenos de pessoas.

No Brasil, a Ordem de Serviço do INAMPS nº 87/85, de março de 1985, disciplina o tratamento dialítico em pacientes beneficiários da Previdência Social por Serviços Próprios do INAMPS, Conveniados ou Contratados (Ministério da Saúde, 1985).

Dados recentes, apresentados durante o I Congresso Latino-Americano de Diálise Peritoneal, realizado em outubro de 1988 na cidade de Florianópolis - S.C. e confirmados no II Encontro Paulista de Nefrologia ocorrido em maio de 1989 na cidade de Santos-S.P., demonstraram que a estatística mundial é de mais de 50 casos por milhão/ano de doentes renais; no Brasil este número é de 15 casos por milhão/ano. Atualmente dispomos de 328 Centros Nefrológicos em todo o território nacional para atender 14.000 pacientes crônicos; destes, 700 realizam transplantes, sendo 80% por doadores vivos e 20% por doadores de cadáveres. Em programa de CAPD encontram-se 1.280 pacientes e o restante, aproximadamente 12.000 pacientes, realizam diálise peritoneal ou hemodiálise (Romão Jr e Bevilacqua, 1988; Schor, 1989).

A IRC é a perda progressiva e irreversível da função renal. Muitas são as causas, a glomerulonefrite e a nefroesclerose são as mais comuns; mas, comumente, a causa original só pode ser confirmada através da biópsia renal (Lewis, 1981).

Pelo seu desenvolvimento lento e progressivo os pacientes ficam assintomáticos no início da diminuição da função renal, pois ainda não existe acumulação de resíduos metabólicos. Com o aumento da creatinina sérica e do nitrogênio uréico os índices da filtração dos glomérulos estão em torno de 25% do normal e a insuficiência renal instalada, embora o paciente não apresente queixas significativas. Quando o índice de filtração glomerular é menor que 5 a 10% do normal, instala-se a uremia, que é o estágio final e irreversível da doença renal, onde a sintomatologia se manifesta (Farreras et alii, 1978; Marcondes et alii, 1979; Lewis, 1981; Green et alii, 1983).

As manifestações clínicas da uremia estão relacionadas com vários sistemas do corpo e dependem da patologia subjacente, do grau de dano renal e da idade do paciente. Lewis (1981), elaborou o quadro (fig. 01) onde apresenta os efeitos sistêmicos da uremia no corpo humano.

O tratamento da IRC consiste na remoção das substâncias tóxicas e nocivas ao organismo, que normalmente, são eliminadas pelos rins. Três tipos básicos de tratamento são utilizados: 1) Hemodiálise (HD), que consiste na circulação extra-corpórea, na qual o sangue circula por uma membrana semi-permeável em contato com uma solução dialisadora (Lewis, 1981; Brunner e Suddart, 1982; López, 1975; Marcondes et alii, 1979; Large, 1972; Sabaga, 1970), e 2) Diálise Peritoneal, que como o nome indica, é a remoção das toxinas através da membrana do

OCULAR

- . retinopatia
- . olho vermelho

MÚSCULOESQUELÉTICO

- . osteodistrofia renal
- . osteomalácia
- . osteíte fibrosa
- . osteoesclerose
- . calcificação tec. mole
- . crescimento retardado

RESPIRATÓRIO

- . pulmão urêmico
- . pleurite
- . edema pulmonar

NEUROLÓGICOS

- . fadiga
- . concentração diminuída
- . neuropatia periférica
- . irritabilidade
- . depressão
- . sonolência

HEMATOLÓGICO

- . anemia
- . tendência hemorrágica
- . tendência à infecção

 U R E M I A

DERMATOLÓGICO

- . palidez
- . prurido
- . pele seca
- . cor ama. bronze
- . perspiração dim.
- . cabelo seco

CARDIO-VASCULAR

- . hipertensão
- . ICC
- . pericardite

REPRODUTOR

- . infertilidade
- . libido dimin.
- . impotência
- . amenorréia
- . puberdade retardada
- . insônia

ENDÓCRINO

- . hipotireoidismo
- . hiperparatireoidismo

GASTRINTESTINAL

- . náuseas
- . vômito
- . anorexia
- . hemorragia
- . diarreia
- . hálito urêmico

METABÓLICO

- . hiperglicemia
- . hipertrigliceridemia
- . hiperuricemia
- . acidose metabólica

fig. 01 Efeitos Sistêmicos da Uremia. Lewis, 1981

próprio peritôneo, e este processo de remoção pode se dar de duas maneiras: a) diálise peritoneal intermitente (DPI) é usada para se obter uma rápida e suave dialização, consiste na realização de diálise peritoneal de curta duração, em ciclos curtos, de aproximadamente uma hora cada; e b) diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) método que descreveremos com maiores detalhes, uma vez que esse estudo focaliza pacientes fazendo este tipo de tratamento. Um terceiro e definitivo tipo de tratamento é o transplante renal, que libera o paciente do uso de qualquer tipo de equipamento, mas, cerca de 90% de todos os pacientes renais terminais não tem acesso a esse tratamento. Esta cifra é reportada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, que aponta como razões principais para o baixo índice de transplantes, as preferências pessoais e condições físicas do paciente. No Brasil existem centenas de pessoas aguardando o transplante, contudo, somente cerca de 5% dos pacientes serão transplantados anualmente, devido, principalmente, à escassez de doadores adequados (Romão Jr. e Bevilacqua, 1988).

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)

CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis) é o processo contínuo (24 horas/dia) de dialise peritoneal. Em 1975-1976 o método foi descrito por Moncrief e Popovich em Austin, Texas, que no ano seguinte, setembro de 1977, iniciaram a primeira experiência clínica com um grupo reduzido de pacientes, no Toronto Western Hospital. Oreopoulos, em 1978, com a finalidade de diminuir a alta incidência de peritonite e a grande perda proteica, modificou a técnica descrita por Moncrief e Popovich, dando maior importância e confiabilidade ao novo

método de tratamento, sendo responsável por 24% dos pacientes dializados no Canadá, em 1981. O princípio básico da CAPD está na presença contínua do líquido de diálise na cavidade peritoneal, ocorrendo a drenagem a intervalos longos de 4-8 horas (Oreopoulos et alii, 1982; Riella et alii, 1982; Tyndal, 1981; Sorrels, 1981; Vas, 1983).

No Brasil a CAPD teve início em 1980, no Hospital Evangélico de Curitiba, sob a coordenação do Dr. Riella, que já em 1981 contava com 12 pacientes engajados no programa de CAPD naquele serviço (Riella et alii, 1982). Atualmente, em todo o Brasil, contamos com 328 centros de diálise, num total de 1.280 pacientes sendo submetidos ao novo método de tratamento, segundo informações fornecidas pelos laboratórios Travenol e Hplex, responsáveis pelas linhas de produtos utilizados pela CAPD no Brasil.

Sesso et alii (1987) analisaram a relação custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal (IRCT) comparando os seguintes procedimentos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), transplante (TX) com doador vivo (VI) e com doador de cadáver (CD). Foram estudados, retrospectivamente, 130 pacientes não diabéticos, com idade variando de 15 a 50 anos, os quais iniciaram tratamento para IRCT entre 1983 e 1985, na Escola Paulista de Medicina. Entre os pacientes estudados, 50 submeteram-se a HD, 30 a CAPD, 36 TX-VI e 14 a TX-CD. Custos diretos e induzidos foram computados do ponto de vista do INAMPS. Ao final do 1º ano, o custo ao INAMPS por ano vida ganho para CAPD, HD, TX-CD e TX-VI foi respectivamente, em cruzados (CZ\$): 173.495,40, 150.732,00, 100.132,80 e 53.186,00 (em setembro de 1986: 1 US\$ = 13,80 CZ\$); a sobrevida atuarial dos pacientes foi, percentualmente: 89,5, 100,0, 69,8 e 91,6. A

análise de sensibilidade para custos do transplante renal (TX-VI e TX-CD), considerando a inclusão dos custos dos testes de histocompatibilidade e dos honorários médicos de acordo com a tabela da Associação Médica Brasileira, não demonstrou alteração significativa nos resultados finais. Assumindo-se a sobrevida da técnica e de pacientes de acordo com a literatura internacional e usando-se os custos em nosso meio, ao final do 2º ano, a CAPD e a HD tiveram custo estimado equivalente. Este valor foi significativamente superior ao do TX-VI ou TX-CD, quer se utilize a imunossupressão convencional, quer se utilize a ciclosporina. Segundo os autores, esta análise fornece dados que podem auxiliar na decisão médico-política concernente ao tratamento da IRCT em nosso meio.

Sorrels (1981) elaborou um quadro comparativo entre a diálise peritoneal e a hemodiálise (fig. 02), onde, entre outros aspectos, observou também a relação de custos entre ambos. Como pode ser observado, segundo os aspectos levantados pela autora (tempo, hidratação e alimentação, índices laboratoriais e custos) o método CAPD apresenta vantagens em relação a DPI e HD. Mas, infelizmente, essa opção de tratamento não é para todos; quem dela se utiliza deve ser meticoloso, apto a fazer treinamento e capaz de seguir procedimentos que são vitais, uma vez que não será mais dependente da assistência direta dos profissionais de saúde dos Centros Nefrológicos.

Sorrels (1981) que é diretora de enfermagem do programa de CAPD do Austin Diagnostis Clinic no Texas ao apresentar o quadro comparativo entre a diálise peritoneal e a hemodiálise não especifica onde nem como foi feita a coleta dos dados e também o período de realização da mesma. Entretanto, embora não tenhamos dados comparativos re-

lativos aos TX, podemos ver claramente que no Brasil a CAPD apresenta um custo bem elevado, chegando inclusive a ultrapassar os valores que são gastos no tratamento hemodialítico, segundo SESSO et alli (1987) isso ocorre em função do alto custo do material utilizado, constituindo 86% do custo de manutenção do procedimento.

	DIÁLISE		HEMODIÁLISE
	DPI	CAPD	
Tempo necessário	140 hs/sem	114 hs/sem	115 hs/sem
Restrição H ₂ O e Na	1H ₂ O=500 a 1000 ml 1mais perdas insensíveis 1Na= 2 a 3g	1nenhuma restrição	1H ₂ O= 500 a 1000 ml 1mais perdas insensíveis 1Na= 2 a 4g
Clearance de Uréia	125 ml/min	11,4 ml/min	1175 ml/min
Clearance de Creatinina	116 ml/min	14,5 ml/min	1115 ml/min
Equilíbrio de Fósforo	17,4 + ou - 2,5 com fixa- 1dor de fosfato	15,6 + ou - 1,2 sem ne- 1nhum fixador de fosfato	16,7 + ou - 3,1 com fixa- 1dor de fosfato
Custo a domicílio	1US\$ 13.000 a 15.000/ano	1US\$ 11.000 a 12.000/ano	1US\$ 20.000 a 25.000/ano
Internado	1US\$ 20.000/ano	1	1US\$ 30.000/ano

fig.02 - Comparação entre Diálise Peritoneal e Hemodiálise. Sorrels, (1981).

A CAPD é um processo manual, portátil, de auto-diálise, que permite ao paciente, uma vida livre da máquina e mais independente dos centros de diálise. O indivíduo que opta por essa modalidade de tratamento, deve estar consciente da responsabilidade que está assumindo perante si próprio; isso, porque a CAPD é um processo auto-aplicável, onde o próprio paciente desempenha o seu auto-cuidado e realiza todas as técnicas necessárias no procedimento da auto-diálise; para tanto, terá que submeter-se a treinamento específico, quando então, aprenderá a desenvolver, técnica e cientificamente, os procedimentos da CAPD.

A técnica da CAPD é bastante simples e o período de treinamento é de duas a três semanas. Após o treinamento, procede-se ao implante cirúrgico de um cateter permanente (cateter de Tenckhoff), na cavidade peritoneal do paciente. Um conjunto para a administração de transferência é conectado ao cateter permanente, e dá-se início aos ciclos da diálise: influxo, tempo de intervalo e drenagem. Usando-se técnica asséptica, uma bolsa de solução dialítica é conectada à extremidade distal da tubulação e a solução é infundida no interior da cavidade peritoneal (aproximadamente 7 minutos). O clamp existente no conjunto de administração é fechado, e a bolsa que continha o líquido dialítico é tecnicamente dobrada e colocada convenientemente sob a roupa do paciente. O líquido permanece no abdome por um período de 4 a 8 horas, durante o qual são realizadas as trocas das substâncias tóxicas do sangue pelo peritônio. No fim do tempo de intervalo, a bolsa é removida da roupa, posta em posição de drenagem, o clamp é aberto e o dializante usado, drena da cavidade peritoneal para o interior da bolsa (aproximadamente 15 minutos). Depois de concluída a drenagem, o clamp é novamente fechado, a bolsa com a solução drenada é desconectada e uma nova bolsa de solução dialítica é adaptada ao conjunto de transferência. Na CAPD é utilizada a drenagem gravitacional, portanto quanto maior o grau de inclinação, mais rápida será a infusão ou a drenagem. Todo procedimento de trocas deve rigorosamente obedecer às técnicas assépticas, e normalmente, não leva mais de 30 minutos. O esquema de trocas usualmente é de três trocas diurnas (07:00, 13:00 e 19:00 hs) e uma troca noturna (23:00 hs). As bolsas diurnas contêm 2 litros de solução dialítica, com concentração de dextrose de 1,5% cada, e as noturnas também com 2 litros de solução, só que com uma con-

centração de dextrose de 4,25% ,este procedimento varia de acordo com a prescrição médica.

Como método de tratamento dialítico, a CAPD nos últimos anos, vem sendo difundida e implementada em vários centros dos EUA, Europa e Brasil com relato de inúmeras vantagens, como demonstra as experiências descritas por Oreopoulos, et alii (1982), Vas(1983), Riella, et alii (1982), Ramos (1983) e Divino (1983). Entretanto, a CAPD também apresenta algumas desvantagens, as quais, segundo Ramos (1983), paulatinamente vêm sendo combatidas ou abolidas, à medida que a tecnologia venha sendo aprimorada, em combinação com um melhor critério de seleção e treinamento dos pacientes.

Tem sido considerado que algumas indicações para CAPD fazem com que os critérios de seleção sejam dirigidos para a causa da doença básica ou aos fatores intercorrentes que possam influenciar na sobrevivência do paciente. Sorrels (1981) e Ramos (1983), destacam: insuficiência cardíaca congestiva, doença cardiovascular sintomática, dificuldade ou ausência de acesso vascular, idade avançada, crianças, diabetes melito e insucesso nas outras formas de diálise. A partir do momento em que os pacientes em CAPD assumem total responsabilidade pelas operações de diálise, sua aceitação emocional da doença deve aumentar, diminuir a auto-depreciação, tanto o stress como os ressentimentos devem ser mínimos (Burton, et alii, 1981).

Zappacosta e Ferras (1984) consideram que as principais características psicossociais responsáveis pelo sucesso em programas de CAPD são motivação, crenças positivas de saúde, acuidade mental e um bom sistema de suporte social. Segundo os autores, a motivação deve ser interna, ou seja, deve vir do paciente ao invés de fontes exter-

nas, como membros da família, condições empregatícias ou membros da equipe de saúde. Este tipo de motivação pode ser elucidada através de entrevistas com o paciente e sua família. Separadamente, médico, enfermeiro e assistente social devem conduzir investigações quanto a estas considerações de modo a descobrir as influências motivacionais. A avaliação da motivação também assume um lugar importante durante o período de treinamento; a pontualidade com os horários dos treinamentos, o desempenho com os testes orais e escritos, e atitudes gerais são também parâmetros para testar a motivação interna. Um aspecto importante é a dialização adequada do paciente durante a avaliação, pois o torpor mental e a personalidade obnubilada resultantes da uremia podem causar uma avaliação incorreta da motivação. Com relação às crenças positivas de saúde, os autores acreditam que estejam presentes se o paciente acredita que exista de fato uma relação causa-efeito entre a diálise cuidadosa e bem-estar e entre a diálise descuidada e a doença. Tão óbvia quanto as relações causa-efeito possam parecer, as atitudes do paciente quanto à saúde permanecem na raiz de alguns dos problemas mais perniciosos de cooperação em cuidados de saúde, por exemplo: convencer pacientes hipertensos a tomar medicações e evitar o sal, ou aqueles com doença pulmonar a parar de fumar. Avaliar atitudes em relação a saúde não é fácil.

Embora Zappacosta e Perras (1984) não identifiquem que a baixa acuidade mental seja fator de exclusão de muitos pacientes dos programas de CAPD, consideram que existe um nível de inteligência abaixo do qual não se pode acreditar que um paciente lembre de um procedimento. A acuidade mental é avaliada mais efetivamente durante o treinamento. A última característica psicossocial considerada impor-

tante pelos autores é o sistema de suporte social. É importante que os membros da família estejam dispostos a permitir a CAPD em suas casas. Embora a CAPD tenha menos impacto na vida familiar do que a hemodiálise domiciliar, nem por isso o ambiente familiar pode deixar de ser avaliado pela equipe de saúde antes de se prescrever a CAPD. Outra consideração é o grau de apoio do paciente no contato social na unidade renal, pois como qualquer método de auto-diálise, a CAPD removerá o paciente daquilo que pode representar sua única fonte de socialização - a unidade de diálise. As pessoas que moram sozinhas podem não se dar bem com a CAPD por esta razão. Dentro do sistema de suporte social está a presença do ajudante domiciliar. A experiência dos autores tem sido favorável neste sentido, principalmente com pacientes que apresentam alguma deficiência física ou visual. Na maior parte dos casos, esposa(o) e/ou filhos dos pacientes têm preenchido este papel. Entretanto é importante limitar o número de ajudantes domiciliares a um máximo de duas ou três pessoas, de modo a assegurar seu contínuo aprimoramento. Cada ajudante deve ser treinado pela equipe de CAPD, não se devendo permitir a quem quer que seja realizar trocas para um membro da família ou amigos.

Concluindo, Zappacosta e Perras (1984) salientam que, quando as trocas são realizadas exclusivamente pelo acompanhante domiciliar, um problema que vem sendo observado é a exaustão emocional, o que vem a se manifestar pela peritonite recorrente, fato ainda não testemunhado quando o próprio paciente é o responsável pela sua auto-diálise.

A peritonite, inflamação do peritônio, se constitui em um sério problema para o paciente que faz a CAPD. É considerada a maior e mais frequente complicação infecciosa da CAPD, daí a necessidade de

uma meticulosa e criteriosa avaliação do paciente antes de iniciar o programa. Como pode ser observado nos relatos das experiências de Vas, (1983); Amair et alii, (1982); Baun et alii, (1982), Oreopoulos et alii, (1982); Riella et alii, (1982) e Divino, (1983), a presença da peritonite é uma constante, apesar da evolução tecnológica presente na CAPD e a principal causa da peritonite, citada pelos autores, é a contaminação accidental no momento das trocas das bolsas.

Ao perceber a falha técnica, portanto contaminação, o paciente é orientado a fechar imediatamente todo o sistema e procurar o Centro de diálise do qual faz parte. Mas, caso a falha não seja percebida, a presença de dois, dos três critérios (a) líquido turvo, (b) dor abdominal, (c) presença de bactéria na cultura, é indicativo de peritonite, devendo o paciente proceder como se houvesse a certeza de contaminação. Oreopoulos et alii (1982) preconizam que, em alguns centros, somente a presença de contagem de leucócitos acima de 100 cels/mm³ é indicador de peritonite.

Quanto mais precoce o diagnóstico da peritonite, maiores e melhores as chances de cura do paciente. Os acidentes mais comuns, são: (1) tocar com as mãos o conector em ponta do equipo exposto, (2) expor o conector em ponta do equipo a uma corrente de ar, (3) desconecção accidental do cateter, e (4) orifício na bolsa, no equipo ou no cateter não observados no momento da troca das bolsas, ou seja, não observância das regras de tratamento de CAPD (Prowant, 1983).

Além da peritonite, podem ocorrer dois outros tipos de infecção: (a) infecção no local de saída do cateter na pele, causada por falha asséptica no local, provocando o aparecimento de dor, hiperemia local, edema e pus, que não sendo tratado eficazmente pode evoluir pa-

ra (b) infecção do túnel subcutâneo do cateter, que manifesta-se por dor no trajeto subcutâneo do cateter, e de tratamento mais difícil, quando invariavelmente, faz-se necessário a troca do cateter permanente (Frowant, 1983 e Lima, 1988).

Outros tipos de complicações, potencialmente adversas, que podem ocorrer em CAPD, são as metabólicas. Estas, foram discutidas por Riella (1983) e enumeradas, como se segue: (1) Nutrição oral inadequada, ocorrendo principalmente pela sensação de plenitude gástrica decorrente da presença do líquido na cavidade peritoneal, por isso o paciente é orientado a drenar o líquido antes, ou mesmo durante as refeições; (2) obesidade, tem sido observada em CAPD e atribuída a vários fatores, tais como: melhor apetite em vista da depuração contínua do sangue proporcionando uma bioquímica estável; dietas renais liberais, determinando melhor aporte nutricional, qualitativo e quantitativo; e aporte energético através da absorção peritoneal de glicose; (3) perda de vitaminas, eletrólitos e outras substâncias pela via peritoneal: pacientes em CAPD estão sujeitos a depleção de vitaminas hidrossolúveis, e inclusive, deficiências de piridoxina, ácido fólico e ácido ascórbico já foram relatados. Também a depleção do volume de sódio extracelular pode ocorrer com uso indiscriminado de soluções hipertônicas. A hipocalemia já tem sido observada em pacientes em CAPD utilizando soluções sem potássio, mas habitualmente não há necessidade de se adicionar potássio às soluções; é preferível, quando necessário, aumentar a ingestão oral de potássio. Segundo o autor, existem dados que demonstram uma elevação do potássio total do organismo em pacientes mantidos em CAPD por tempo prolongado, o que traduz um aumento da massa corporal magra.

Os efeitos sistêmicos da uremia (fig. 01), também vistos como complicações médicas, podem se desenvolver em pacientes em programa de CAPD. Divino (1983) preconiza que as complicações médicas em CAPD, podem, muitas vezes, ser evitadas já na seleção dos pacientes. Exames laboratoriais, radilógicos e exame físico realizados antes do início da CAPD, podem demonstrar problemas que possam ser corrigidos. As vezes através do resultado destes exames, se decida não colocar o paciente em CAPD, mas sim em DPI ou HD. O autor enfoca ainda, que outro fator básico para a prevenção das complicações médicas, é o controle adequado do estado clínico do paciente e do tratamento dialítico através de uma visita mensal do paciente ao centro de diálise.

Lima (1988) apresenta como complicações médicas renais mais frequentes: (a) hipotensão arterial visto que em CAPD ocorre maior depleção de sódio e água através da membrana peritoneal, o que explica o melhor controle da pressão arterial com redução e, até mesmo, suspensão das drogas anti-hipertensivas, nos pacientes submetidos a essa terapia; (b) hérnias devido a manutenção da pressão intra-abdominal elevada, podendo desencadear problemas de drenagem e dor abdominal intensa; (c) obesidade e (d) desnutrição, por fatores já descritos por Riella(1983); (e) lombalgias decorrentes de alterações significativas da postura corporal devido a presença de soluções dialisadoras na cavidade peritoneal. Desnutrição, doenças crônicas e diminuição de exercícios físicos também contribuem para o aparecimento da lombalgia; e (f) perda da capacidade de ultra-filtração, as células mesoteliais são lesadas na presença de infecção, conseqüentemente ocorre diminuição na produção da substância surfactante (Phosphatidylcholina), e maior absorção de glicose, desencadeando diminuição do poder de filtração do

peritôneo.

Outro aspecto bastante importante são os efeitos psicológicos a longo prazo da CAPD, mas pouco se sabe à este respeito, já que esta forma de tratamento é muito recente. O principal problema relatado em CAPD, é o da imagem corporal, em virtude da presença constante do cateter (Oreopoulos et alii, 1982; Phillips, 1986; Burton et alii, 1981). Segundo estes autores, a presença do cateter, da bolsa e dos dois litros de dializante, alteram a imagem corporal dos pacientes e interferem, de modo significativo, na prática de atividades sexuais, principalmente nas mulheres.

Em um estudo comparativo realizado em Londres, Ontário, Oreopoulos et alii, (1982) compararam 75 pacientes em HD com 161 pacientes em CAPD, através da aplicação de um questionário padrão. A idade do grupo de HD era de 60-79 anos, acima da representação do grupo em CAPD, mas o número daqueles entre 19-59 anos era similar. Esta comparação mostrou que os pacientes de diálise em casa em ambas as modalidades, queixavam-se frequentemente à respeito de preocupações e dificuldades nas relações sexuais. Contudo, aqueles em HD queixavam-se significativamente mais do que aqueles em CAPD. Especificamente, mulheres em HD queixavam-se mais a respeito de dificuldades sexuais do que as mulheres em CAPD. Homens em HD reclamavam possuir maior e indesejável mudança da identidade sexual, e perda de seu desejo sexual em grande extensão em comparação com homens em CAPD e, por fim, os homens bem como as mulheres em grupo etário avançado, tratados em HD, relatam uma grande mudança em suas identidades sexuais e também uma grande perda em seus desejos sexuais comparado aos pacientes em programas de CAPD.

Dois terços dos pacientes com IRC aparentemente sofrem de libido reduzida ou ausente, e Phillips (1986) preconiza, que a falta da libido é raramente a causa de mau relacionamento conjugal e sim os problemas que dela resultam: redução do contato afetivo e discussão. Assim, quebra-se a comunicação com amplas áreas de tabus na conversação. Outro ponto abordado pela autora é o isolamento social. Uma vez estabelecido em CAPD, muitos pacientes experimentam um medo paralizante de peritonite e dor associada, particularmente se já tiveram uma infecção. Este medo pode prevenir os pacientes de aventurar-se a efetuar trocas em lugares não familiares, podendo isto resultar, em última análise, em seu isolamento social.

Através do levantamento bibliográfico realizado, pode-se observar que durante os 12 anos de experiência em CAPD, a sua evolução técnica e científica tem caminhado à passos largos, mas com relação aos aspectos psicossocial e emocional pouco tem sido investigado, principalmente, pelos profissionais de enfermagem, que, embora venham prestando uma significativa contribuição na área da pesquisa, estas não tem sido publicadas, apenas apresentadas e discutidas em Congressos, Seminários e Encontros da área nefrológica, no Brasil e no exterior, o que tem causado uma grande lacuna literária.

Corroborando a linha de pensamento de um grande número de enfermeiros nefrológicos de vários centros brasileiros, através de nossa pequena experiência na área, podemos dizer que é importante cada indivíduo encontrar seu ponto de equilíbrio através de suas próprias forças, e do seu interesse e motivação em participar no seu próprio tratamento. Quanto maior o equilíbrio, melhor será a adaptação e harmonia com o novo estilo de vida, necessário à preservação e manutenção

de sua saúde. A aceitação, participação, motivação e apoio do núcleo familiar no tratamento é fundamental para o paciente. A família necessita ser esclarecida, por parte da equipe nefrológica, acerca dos procedimentos técnicos da CAPD, e um dos membros pode ser treinado junto com o paciente, para que, em qualquer eventualidade que impeça o próprio paciente de realizar suas trocas, estas sejam feitas pelo familiar treinado. Não apenas os procedimentos técnicos necessitam ser abordados, mas também, as possíveis complicações sociais, econômicas e comportamentais que envolvem o indivíduo portador da IRC, que se encontra em tratamento através do método de auto-diálise que é a CAPD.

Assistência de Enfermagem à pacientes em CAPD

A Literatura mostra que a IRC por sua condição de doença crônica e a peculiaridade que apresenta o método da CAPD, incontestavelmente determinará mudanças nas necessidades habituais dos indivíduos em relação às suas ações de auto-cuidado.

Incontestável também, tem sido a participação do enfermeiro nos programas de CAPD, em todas as suas etapas (seleção, treinamento, implementação e acompanhamento), a ponto de, a falta de enfermeiros limitar o desenvolvimento do programa de CAPD na Universidade de Pittsburgh, Pensylvania, USA, pois, segundo Sorkin (1986) diretor do serviço de nefrologia, "o enfermeiro é indispensável para a boa manutenção do programa".

Cada Unidade Renal com programa de CAPD tem seus procedimentos de seleção, treinamento, implementação e acompanhamento dos pacientes. As rotinas destes procedimentos são denominados de protocolos.

Os protocolos são derivados de orientações "standard" fornecidas pelos laboratórios (no Brasil: Laboratórios Travenol e Hiplex), e cada Unidade Renal procede as adaptações necessárias às suas condições populacionais e aos seus recursos disponíveis.

Descrevemos aqui, os protocolos desenvolvidos e utilizados pela Unidade Renal do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Florianópolis - SC, uma vez que, a população alvo deste estudo é oriunda do mesmo (Manual de Procedimentos da Unidade Renal do H.G.C.R.: CAPD).

A seleção dos pacientes obedece critérios julgados como importantes pela equipe de saúde da Unidade. São eles: (a) indicação médica do paciente para CAPD, (b) preferência por parte do paciente por este tipo de tratamento, (c) motivação do paciente com total consciência de suas responsabilidades, e (d) indicação do enfermeiro.

A indicação do enfermeiro é feita à partir de uma entrevista feita com o paciente e de uma visita domiciliar à residência do mesmo. Na entrevista o enfermeiro observa a fonte de motivação do paciente - se interna ou externa -; o senso de responsabilidade do paciente através do seu engajamento nas responsabilidades de vida diária com a família e no trabalho; e a destreza manual do paciente, através de procedimentos simples, como verificação de temperatura, por exemplo. A visita domiciliar é realizada com o intuito de se observar as condições higiênicas da habitação, as condições do local destinado às trocas e ao armazenamento das bolsas, e para lavagem das mãos. Observa-se também durante a visita, a distância do domicílio para a Unidade Renal e a motivação da família com relação ao tratamento.

Após a fase de seleção, o paciente inicia a fase de treinamento, que é desenvolvida através de aulas teóricas e trocas simula-

das. Nas aulas teóricas o paciente recebe material (apostilas) para estudo em casa acerca da anatomia e fisiopatologia renal, de procedimentos técnicos-científicos da CAPD, dos cuidados com o cateter, troca de bolsas e adição de medicamentos na bolsa, e de como atuar nas complicações. Estas informações são fornecidas e discutidas com os pacientes, gradativamente, de acordo com a capacidade de aprendizagem demonstrada por eles. A linguagem utilizada é acessível ao nível cultural de cada um. Nas aulas práticas são feitas as trocas simuladas das bolsas e de adição de medicamento nas mesmas. Inicialmente o enfermeiro faz a demonstração das técnicas, solicitando que o paciente descreva cada um dos passos a ser seguido; em seguida o próprio paciente repete os procedimentos, até que se sinta seguro de suas ações. Estas repetições são feitas tantas vezes quantas sejam necessárias, até que o enfermeiro considere o paciente apto e seguro, e o paciente se sinta capaz e confiante.

Durante a fase de treinamento são realizadas avaliações orais e escritas. As orais são desenvolvidas diariamente durante as aulas teóricas e práticas, e os testes escritos, sempre que o enfermeiro julgar necessário uma atividade de fixação de conteúdo.

A implantação do cateter é feita sempre no centro cirúrgico, por um cirurgião, e o enfermeiro da Unidade Renal é responsável por todo material necessário ao procedimento, devendo o mesmo, obrigatoriamente, estar presente na sala onde se realizará o implante. Como rotina para o paciente, além do preparo rotineiro do pré-operatório, o paciente será submetido, um dia antes do implante, a uma sessão de hemodiálise ou de diálise peritoneal.

Após a implantação do cateter, ainda no centro cirúrgico, é realizada a lavagem do cateter, com a infusão de 500 U = 0,1 ml de heparina na primeira bolsa, drenando a seguir. Em seguida, é infundido mais 200 ml com drenagem seguida, observando vazamento, formação de hérnias e sangramento intenso, devendo o cirurgião tomar providências imediatas, caso se verifique alguma destas intercorrências.

O paciente sairá do centro cirúrgico com o abdome vazio e a bolsa cheia. O intervalo entre a saída do centro cirúrgico até o quarto dia pós-implante denomina-se de período de adaptação.

No período de adaptação, durante os três primeiros dias, a cada 4 horas é feita a infusão e drenagem imediata de 500 ml de líquido, repetidamente por 3 vezes, com troca de uma bolsa a cada 24 horas, sendo todos estes procedimentos efetuados pela Equipe da Unidade de CAPD. A partir do quarto dia, a infusão será de 1000 ml, fazendo-se 3 ou 4 trocas de bolsa diariamente. Agora o paciente permanece com o líquido na cavidade peritoneal, portanto, dialisando. Neste período o próprio paciente já poderá realizar as trocas das bolsas com supervisão, obedecendo o seguinte esquema, com relação a horário e concentração:

1ª troca às 07:00 hs	1,5% de dextrose
2ª troca às 13:00 hs	1,5% de dextrose
3ª troca às 19:00 hs	1,5% de dextrose
4ª troca às 23:00 hs	4,25% de dextrose

Se o paciente reside perto da Unidade Renal e está realizando a troca de bolsas dentro dos critérios de assepsia e segurança, poderá receber alta no quinto dia, com o retorno marcado para avaliação dois dias depois.

No oitavo dia do implante, inicia-se a infusão de 2000 ml, e, de acordo com as indicações médicas, são realizadas 3 ou 4 trocas diárias, obedecendo o esquema apresentado.

Existem dois protocolos para o período de acompanhamento: um para pacientes que moram perto da Unidade Renal, e outro para os que moram longe. Para os pacientes que moram perto da Unidade, as visitas ambulatoriais são: (a) duas visitas semanais nas duas primeiras semanas, (b) uma visita semanal durante as seis semanas seguintes, (c) uma visita quinzenal nos dois meses subsequentes, e (d) a partir, então, do quarto mês, uma visita mensal. A estes pacientes será realizada uma visita domiciliar a cada dois meses por um membro da Equipe da Unidade de CAPD. Para os pacientes que moram distante, as visitas ambulatoriais são mais esparsas: (a) uma visita semanal nos dois primeiros meses, e (b) a partir do terceiro mês, uma visita mensal.

Os exames laboratoriais no primeiro mês são semanais, e são eles: hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, proteínas totais, albumina, fosfatase alcalina, magnésio, glicemia em jejum, contagem de leucócitos e proteínas no líquido drenado. A partir do segundo mês, os exames laboratoriais passam a ser mensais, e são: hemograma, uréia, creatinina, potássio, sódio, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e antígeno austrália. Trimestralmente são solicitados: glicemia em jejum, lipídios, ferritina, ferro, transferrina, PTH, provas da função hepática, dosagem de proteína no efluente, clearance peritoneal e depuração da creatinina nos pacientes com diurese. Semestralmente solicita-se o raio X das mãos e anualmente o raio X do esqueleto.

A troca de equipo de transferência é feita pelo enfermeiro responsável pela Unidade de CAPD, e dependendo do produto utilizado a rotina varia, podendo ser mensal ou bimensal.

As visitas domiciliares programadas para estes pacientes, não estão sendo realizadas, visto que a Unidade conta apenas com um enfermeiro que, além do programa de CAPD, é responsável também, por todos os pacientes renais que são assistidos, em suas diferentes modalidades de tratamento, no HGCR.

Assistência de enfermagem à pacientes crônicos através do processo de enfermagem proposto por Drem

A Teoria Geral de Enfermagem de Drem tem sido uma das mais discutidas e mais aplicadas na enfermagem (Meleis, 1985 p. 284). Entretanto, a revisão da literatura evidenciou que pouco tem sido a implementação do processo de enfermagem que propõe frente ao paciente renal, mas que, em contrapartida, tem sido usado com o paciente crônico em geral.

Um dos poucos estudos dirigido ao paciente renal, foi o desenvolvido por Zinn (1986), que estabeleceu um programa de auto-cuidado para pacientes em hemodiálise, baseado nos conceitos de Dorothea Drem. Inicialmente a autora, partindo dos conceitos preconizados por Drem, listou seis áreas de ajustamento para recuperação do equilíbrio de vida, e como elas se relacionam especificamente com o paciente de HD. Em seguida, determinou em qual dos três sistemas de enfermagem de Drem, sua população se identificava, e constatou que: (a) cerca de 15% dos pacientes encontravam-se no sistema totalmente compensatório,

pois eram incapazes de desempenhar ações de auto-cuidado, necessitando intervenção completa de enfermagem; (b) 60% encontravam-se no sistema parcialmente compensatório. Segundo a autora os clientes deste sistema eram os que apresentam o maior desafio do "staff" de enfermagem, pois sua reabilitação em potencial máximo depende de sua habilidade em ver a si próprio como membro importante da equipe de cuidado de saúde, mesmo se não podem ser auto-suficientes; e (3) aproximadamente 15% dos pacientes encontravam-se com acompanhamento ambulatorial, pois ao se envolverem em ações de auto-cuidado, optaram por HD no lar. Estes pacientes eram os que mantinham um sentimento de auto-valorização e imagem corporal positiva. Frequentemente conseguiam equilibrar trabalho, escola e tratamento, encontravam-se, portanto, no sistema de suporte-educativo. Ao determinar os sistemas de enfermagem, a autora deu o primeiro passo no processo de enfermagem de Drem, o que corresponde à fase intelectual.

Sequencialmente, o segundo passo do processo, que é a fase de planejamento, foi dividida por Zinn (1986) em três etapas, onde os pacientes, planejando o seu programa de auto-cuidado junto com o enfermeiro, podiam optar em qual das três etapas participariam. A primeira etapa consistia de procedimentos simples, como fazer a escovação do acesso, tomar o próprio pulso, peso e temperatura, segurar o sítio da agulha quando esta é retirada, aplicando pressão contínua sem deixar vaziar nem ocluir, e mesmo, verificar a própria pressão. A segunda etapa incluía aprender sobre os alarmes da máquina, monitorizar os mostradores da máquina e determinar como remover excesso de fluido, ajustando a pressão transmembrana no dialisador. E a terceira etapa incluía procedimentos renais complicados como determinar a hepariniza-

ção, fazer a própria venipuntura e o retorno salino. Usualmente, apenas as pessoas do grupo de suporte-educativo envolveram-se no aprendizado de atividades das etapas II e III. Estas várias atividades eram delineadas em "cartões etapas" que incluíam metas mensuráveis de aprendizado para cada procedimento, bem como critérios para função independente pelo paciente. Estes cartões eram usados na fase prática, terceiro passo do processo, quando o enfermeiro iniciava, conduzia e controlava as ações necessárias para o cuidado de enfermagem. Tão logo o paciente estivesse motivado, receberia o material para ler sobre cada atividade de aprendizado, sendo ensinado através da demonstração pelo enfermeiro e retorno na demonstração pelo paciente. Permitia-se aos pacientes que avaliassem seu próprio ritmo, embora houvessem linhas orientadoras estabelecidas nos "cartões etapas" que davam os intervalos de tempo esperados para alcançar cada meta educacional.

Alguns problemas e barreiras foram sentidos pela autora: a resistência de alguns pacientes à idéia de fazerem algo por si, uma vez que a equipe do Centro era "paga" para cuidar dele; outros pacientes queriam cooperar, mas eram impedidos por deficiência auditiva ou visual, ou habilidades cognitivas diminuídas; e ainda os profissionais de enfermagem que não se sentiam confortáveis ensinando procedimentos técnicos. /Segundo Zinn (1986), com habilidade e segurança o enfermeiro deve mostrar ao paciente que sua função é ajudá-lo em suas limitações e ensiná-lo a vencê-las com suas próprias capacidades. /Quando o problema é a deficiência física ou cognitiva, o paciente deve ser encorajado a usar um aparelho eletrônico para verificar a pressão, por exemplo. Com relação aos profissionais, é imperativo que estes vejam a educação do paciente, como uma alta prioridade, caso contrário, não

devem aceitar as responsabilidades da educação e treinamento dos pacientes renais.

A autora conclui que o processo de enfermagem de Orem pode ser efetivamente aplicado, desde que o enfermeiro nefrológico esteja desejoso de auxiliar o paciente a fazer os ajustamentos requeridos pelo sistema de auto-cuidado.

Zinn (1986), no entanto, não faz a identificação da sua população, nem determina o número e as características de sua amostra. Não especifica durante quanto tempo o processo de enfermagem foi aplicado, nem os resultados efetivos do seu trabalho. Apesar destes aspectos, o instrumento apresentado em anexo do trabalho, parece demonstrar ser bastante aplicável em uma população hemodialítica, o que para nós, tão carentes de estudos nesta área, vem a ser uma significativa contribuição.

Bromley (1980) aplicou a Teoria de Auto-Cuidado da Orem na assistência a indivíduos colostomizados. Como enfermeira assistencial, seu principal objetivo era auxiliar o cliente a aprender aquilo que ele necessitava saber a fim de efetuar seu auto-cuidado de acordo com as necessidades impostas por essa modificação anatômica - o estoma. A autora, através do seu relato clínico, refere a aplicação do processo de enfermagem no período pré e pós-operatório, o que lhe permite avaliar as potencialidades do indivíduo e as interferências com o aprendizado, além de facilitar a disposição do enfermeiro. Na fase pré-operatória são realizadas pelo menos duas sessões com os clientes: na primeira o cliente fica a sós com a enfermeira, e na segunda são envolvidas outras pessoas que possam vir a participar nas ações de auto-cuidado. Desde o início, o cliente é estimulado a perceber a importân-

cia de resolver os seus próprios problemas, a enfrentar a situação, a fazer escolhas, a estabelecer planos para as sessões de aprendizado, discutir seus sentimentos e participar progressivamente das técnicas de auto-cuidado. A habilidade para auto-cuidado cresce na medida em que o indivíduo desenvolve a competência, mesmo que em pequeno grau. Ainda segundo Bromley(1980), o tipo e a extensão da mudança da auto-imagem do cliente estão relacionadas com a natureza e a finalidade das exigências de auto-cuidado, para os seguintes tipos de ações, descritas por Orem: (a) ajustar os modos de satisfazer requerimentos universais de auto-cuidado, (b) estabelecer novas técnicas de auto-cuidado, (c) modificar a auto-imagem, (d) revisar a rotina do viver diário, (e) desenvolver um novo estilo de vida compatível com os efeitos do desvio de saúde, e (f) enfrentar e resolver os efeitos do desvio de saúde ou do cuidado médico usado nos diagnósticos ou tratamento. E, ao longo de todo o período pós-operatório, a autora refere aplicar os três sistemas de enfermagem de Orem. O tipo de assistência prestada é personalizada e o tipo de interação mantida, fundamentada em confiança e honestidade, conduz o indivíduo a assumir responsabilidade no cuidado próprio.

A autora, na apresentação do seu estudo, não especifica sua população, não determina o número nem as características de sua amostra. Não determina o tempo de realização do estudo, nem os resultados práticos do mesmo e também, não faz a avaliação da assistência prestada, nem do marco utilizado.

Alvarez (1987), utilizando o modelo conceitual preconizado por Orem, desenvolveu uma metodologia de assistência através de um processo de enfermagem para pessoas idosas. Com o objetivo de aprofun-

dar a metodologia baseada na Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, a autora desenvolveu um instrumento para a avaliação inicial do cliente idoso, considerando as exigências de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Para cada um destes conceitos desenvolvidos por Orem, a autora adequou no instrumento, tópicos referentes para a entrevista com o paciente idoso.

Para verificar, principalmente, o potencial motivacional do idoso para o auto-cuidado, Alvarez (1987) utilizou um instrumento desenvolvido por Kearney e Fleischer para medir o exercício da ação de auto-cuidado. A autora isolou as questões mais relacionadas com a auto-estima, auto-controle e motivação, e, desta forma, montou um novo instrumento com 17 questões a serem respondidas de acordo com a frequência em que o cliente se encontra na situação questionada: frequentemente (15 pontos), poucas vezes (10 pontos) e raramente (5 pontos).

A metodologia assistencial proposta, foi desenvolvida com 11 idosos do Centro Vivencial dos Idosos, na cidade de Florianópolis-SC, num período de 80 horas. Os resultados são apresentados pela autora, na forma descritiva, dos quais um caso foi selecionado e descrito.

Alvarez (1987) conclui ser de grande importância o conceito de auto-cuidado não só como referencial teórico, mas também como atitude na assistência de enfermagem. Conclui, também, que a aplicação da Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, como marco conceitual, foi bem sucedida com indivíduos idosos, sendo perfeitamente adequada, desde que algumas adaptações e acréscimos relacionados, sempre no nível da população e recursos encontrados, sejam feitas.

Guimarães (1986) utilizando o modelo conceitual e o processo de enfermagem propostos por Orem, desenvolveu uma metodologia de as-

sistência de enfermagem direcionada ao indivíduo renal crônico em tratamento hemodialítico. A clientela foi constituída por 05 pacientes que realizavam três sessões semanais de hemodiálise no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) na cidade de Florianópolis-SC, no período de 19/05 a 20/06/86, num total de 90 horas. A autora com base em Drem, dividiu o processo de enfermagem implementado em três passos: a) levantamento diagnóstico: através do levantamento de dados, identificou a competência do cliente em relação à sua demanda terapêutica para o auto-cuidado; em seguida realizou a análise dos dados determinando a presença ou não do déficit relativo a competência apresentada e à partir desta análise determinou as ações de enfermagem e os métodos de ajuda à serem executados; b) planejamento e implementação: foi desenvolvido no planejamento, os modos, o tempo e o controle das ações necessárias para a efetivação da assistência, seguindo-se da implementação das mesmas e c) avaliação: processo constante no qual se determinou a necessidade ou não de novas ações terapêuticas para suprir os déficits detectados, o aparecimento ou não de novos déficits e de acordo com esta avaliação se procedia ou não um novo planejamento. Os resultados foram apresentados pela autora através da descrição da assistência implementada um dos clientes.

Entretanto, na apresentação do seu estudo, Guimarães (1986) não faz a avaliação do marco conceitual e do processo de enfermagem utilizados como metodologia sistematizada e embasada no modelo proposto por Drem e por ela direcionada ao cliente em tratamento hemodialítico.

A experiência destes autores, na assistência de indivíduos portadores de algum tipo de patologia e/ou deficiência crônica, mostra

que os trabalhos desenvolvidos por Orem acerca do auto-cuidado têm proporcionado orientações valiosas sobre como a enfermagem deve atuar - como facilitador, motivador, avaliador - na produção de ações de auto-cuidado, e como estas ações são importantes para a manutenção da vida, preservação da saúde e adaptação às limitações impostas aos indivíduos, pela presença dos desvios de saúde.

MARCO CONCEITUAL

Segundo King (1981), marco conceitual consiste " na organização do conhecimento para direcionar a prática". Neste trabalho, tal organização de conhecimentos se dará a partir dos conceitos elaborados por Dorothea Orem, em sua Teoria Geral do Auto-Cuidado, e serão direcionados à assistência do paciente portador de insuficiência renal crônica, em fase terminal, submetido a tratamento de CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis).

Orem (1980, p 27-30) baseia-se em alguns pressupostos para o desenvolvimento de sua Teoria Geral de Enfermagem; entre eles citamos:

- A enfermagem é um serviço deliberado, com o propósito de ajudar, executado por enfermeiras em favor dos outros, por um certo período de tempo.
- As pessoas desejam e são capazes de executar o auto-cuidado para si mesmas ou para membros dependentes da família.
- O auto-cuidado é a parte da vida que é necessária para a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar humano.
- A educação e a cultura influenciam os indivíduos em suas ações de auto-cuidado.
- O auto-cuidado é aprendido através da interação e comunicação humanas.
- O auto-cuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas, executadas

para satisfazer exigências de saúde identificadas, próprias ou de outros.

E, nesse estudo, as pressuposições que o norteiam, são as seguintes:

I - O indivíduo portador de IRC, em tratamento de CAPD, tem:

- . necessidade vital de desenvolver ações de auto-cuidado;
- . capacidade de assimilar, através da interação e comunicação os conhecimentos necessários para o desempenho das ações de auto-cuidado;
- . capacidade de identificar sua competência para o auto-cuidado;
- . capacidade de engajar-se em ações de auto-cuidado;
- . capacidade de manter ações contínuas de auto-cuidado, para manutenção da vida e preservação da saúde;

II - O indivíduo portador de IRC, em tratamento de CAPD, apresenta necessidades de saúde, como as descritas por Orem:

- . universais;
- . de desenvolvimento;
- . de desvio da saúde.

Algumas definições de termos e conceitos formalizados pela teórica estão aqui descritos, sendo que alguns deles foram colhidos de outros estudiosos dos trabalhos de Orem.

HOMEM: "é uma unidade funcionando biológica, simbólica e socialmente, e também como tendo capacidade para refletir e simbolizar (...). O funcionamento do homem está ligado ao seu ambiente, e juntos, homem e ambiente, formam um sistema integrado" (Orem, 1980. p. 14 e 18).

Neste estudo, o homem é o indivíduo adulto, portador de IRC, em fase terminal, submetido a tratamento de CAPD, que possui capacidade de refletir, agir e interagir e de desempenhar ações positivas de auto-cuidado, com a finalidade de preservar a vida e manter um nível satisfatório de saúde.

AMBIENTE: para Orem o ambiente é um conceito estritamente ligado ao homem, pois como um conceito separado teria relativamente pouca importância no contexto geral. Neves (1981, p.1) coloca que o homem interage com seu ambiente, e, na busca de equilíbrio do mesmo, lança mão da tecnologia para controlá-lo a fim de satisfazer suas necessidades. É, portanto, o homem que escolhe o seu curso de ação para promover a integração com o meio ambiente.

O ambiente do cliente em CAPD é o seu próprio lar, seu trabalho e seu núcleo social, convivendo com sua família e seus amigos, compartilhando dos mesmos interesses. Ele lança mão da tecnologia disponível e de habilidade que lhe é inerente, para alcançar o equilíbrio desejado.

SAÚDE: " é um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento (...), é integridade e equilíbrio entre mecanismos fisiológicos, psico-fisiológicos e estrutura material (vida biológica), e interagindo com outros seres humanos (vida interpessoal e social)" (Orem, 1980. p.118-119). A essência da saúde é a capacidade de viver como ser humano dentro do seu ambiente físico-psicológico e social demonstrando seu ilimitado potencial humano.

Saúde para o indivíduo renal crônico em CAPD é a manutenção de um estado de equilíbrio entre mecanismos bio-fisio-psicológicos e social, através de atitudes e ações positivas de auto-cuidado, e da utilização de métodos e tecnologias indispensáveis ao atendimento às necessidades decorrentes do desvio de saúde apresentado.

DOENÇA: Orem (1980, p 118) não define "doença", ela diz: " (...) indisposição temporária (...) ou um ferimento, não faz, necessariamente, do indivíduo um doente". Estes são referidos por Orem, como "desabilitados ou injuriados". Entretanto, qualquer alteração no estado de totalidade e integridade de funcionamento do ser humano (seja no aspecto biológico, psicológico e social), leva o indivíduo a um estado de desvio da saúde, de onde irão surgir necessidades a serem atendidas, e estas irão variar, tanto pela patologia, quanto pela competência do indivíduo em auto-cuidar-se. A competência é determinada pela idade, cultura, estado de desenvolvimento, e principalmente, pela motivação.

A IRC é um desvio de saúde caracterizado por dano progressivo e irreversível de ambos os rins, levando o indivíduo a um completo desequilíbrio biológico, com comprometimento dos sistemas cardiopulmonar, gastrintestinal, hidroeletrólítico, músculoesquelético e nervoso, e também, alterações psicológicas, sociais e emocionais. Para o cliente em CAPD, a doença é a presença desse desequilíbrio biológico e de complicações médicas e infecciosas, decorrente da ausência de ações positivas de saúde e/ou de falha na utilização dos métodos e tecnologias necessárias ao atendimento de suas necessidades terapêuticas.

APRENDIZAGEM: segundo Orem, é necessária para efetivação do auto-cuidado. Pode ser uma questão de absorção como quando um paciente observa uma enfermeira competente cuidando dele, ou também, através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas, tais como a leitura, a discussão e a resolução de problemas. Este conceito é aplicável tanto ao paciente no sistema de auto-cuidado, quanto a enfermeira nos sistemas de enfermagem de Orem (NDCG*, 1979 e Meleis, 1985). A aprendizagem no auto-cuidado é fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos, métodos e atitudes positivas relacionadas ao auto-cuidado e a saúde.

Para o indivíduo renal crônico, em fase terminal, submetido ao tratamento por CAPD é imprescindível o aprendizado, pois é através deste que ele desenvolverá sua capacidade em assimilar e desempenhar novas atitudes e comportamentos necessários à manutenção de sua vida e preservação de sua saúde através dos conhecimentos adquiridos. Entretanto, o enfermeiro deve ter em mente o que diz Levin (1978): "sob o rótulo de cuidar, o profissional da saúde não pode impor seus pontos de vista ao cliente".

SOCIEDADE: é referida quando Orem define a comunidade como um grupo de pessoas que compartilham, não somente uma área geográfica e um meio ambiente comuns, mas também de um interesse comum, nas instituições que governam e regulam seus modos de vida. Sociedades especificam as condições que as tornam legítimas para seus membros (NDCG, 1979).

* Neste estudo, sempre que usarmos a referência NDCG estaremos fazendo alusão aos trabalhos do :
NURSING DEVELOPEMENT CONFERENCE GROUP, Concept formalization in nursing: process and product. Boston, Little Brown and Company, 1979, p. 90 - 106.

O tratamento da IRC pelo método da CAPD, permite ao indivíduo um estilo de vida mais livre e mais independente, comparado à hemodiálise e a diálise peritoneal intermitente, pois elimina a dependência da máquina e dos centros de diálise. Desta forma, para o indivíduo engajado no programa de CAPD, manter-se no núcleo familiar e social compartilhando dos mesmos interesses comuns a todos, garante-lhe a continuidade de participação efetiva junto à sociedade/comunidade da qual é membro.

ENFERMAGEM: "é uma arte, um serviço de ajuda e uma tecnologia " (Orem, 1980, p.89). Como arte "é a qualidade inerente a enfermeiros que lhes permite fazer investigações criativas, analisar e sintetizar as variáveis e fatores condicionantes (...) para obtenção de produção de um sistema efetivo de assistência a indivíduos ou grupos" (Orem, 1980, p.89). Como um serviço de ajuda "são ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas por enfermeiros para ajudar a indivíduos ou grupos sob seus cuidados, a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seu meio ambiente " (Orem, 1980, p. 5). E como tecnologia " são informações sistematizadas sobre o mesmo processo ou método, para obter resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais ou instrumentos" (Orem, 1980, p. 90).

As ações de enfermagem podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação do enfermeiro, ou pelo enfermeiro quando a pessoa tem limitações que não podem ser imediatamente suplantadas (Orem, 1980, p. 5). Esta forma de relação de ajuda enfermeiro/paciente é contratual por natureza, portanto, para que o auto-cui-

dado se concretize é necessário que o enfermeiro e o paciente tenham os mesmos objetivos, que trabalhem em comum acordo não havendo imposição de tratamento" (Neves, 1981, p. 2). Assim, a enfermagem deve ter como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar da doença ou dano e enfrentar seus efeitos (Drem, 1980, p. 6).

Frente aos indivíduos renais crônicos em tratamento por CAPD, a arte de enfermagem é ajudar estes indivíduos a manter sua participação eficaz das ações de auto-cuidado. Como serviço, é a maneira de ajudar estes indivíduos através de treinamentos, ensinamentos e assistência. Esta ajuda é facilitada por efetiva relação contratual e interpessoal enfermeiro/paciente. E como tecnologia é a operacionalização sistematizada da assistência, através do emprego objetivo e direcionado do processo de enfermagem.

AUTO-CUIDADO: "é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e efetuam pessoalmente em seu próprio benefício, para manterem a vida, a saúde e o bem estar (...) é uma contribuição pessoal e contínua de adultos para manterem sua saúde e bem-estar próprios ou dos outros" (Drem, 1980, p.35). O auto-cuidado é propositado e contribui para o funcionamento e desenvolvimento da integridade estrutural humana (Drem, 1980, p.37).

O auto-cuidado tem sido descrito como ação deliberada e todo indivíduo que tem poder de agenciar o auto-cuidado, e atua na execução das ações de auto-cuidado, pode ser chamado de regulador. Desta maneira a pessoa que é um bom regulador de suas ações de auto-cuidado con-

segue manter o processo vital e as condições ambientais. (Orem, 1980 p. 123).

O indivíduo portador de IRC em CAPD necessita desenvolver ações de auto-cuidado de forma contínua, responsável e eficaz, a fim de que sua vida seja preservada e mantida. Para que, o seu comportamento relativo ao desenvolvimento das ações de auto-cuidado seja satisfatório, no suprimento de suas exigências terapêuticas de saúde, é necessário que sejam consideradas suas condições ambientais, crenças, valores próprios, suas atitudes positivas perante a vida e a sua situação de saúde e, principalmente, a sua vontade de querer se cuidar. Desta forma, adotamos o conceito de auto-cuidado elaborado por Neves (1987), para o cliente em estudo, qual seja: "auto-cuidado é o comportamento que o indivíduo deliberada e eficazmente desempenha em seu próprio benefício, para assegurar a vida, manter e promover a saúde".

COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTO-CUIDADO: "é o poder, competência ou potencial da pessoa para se engajar no auto-cuidado (...), é uma característica humana, que se desenvolve no decurso do dia-a-dia através de um processo espontâneo de aprendizagem" (Orem, 1980, p.83). Para Orem, o homem possui uma capacidade inerente para auto-cuidar-se, e portanto, esta capacidade deve acompanhar o ciclo vital, inicia-se na infância, atinge seu ápice na fase adulta e declina com a idade avançada. As ações de auto-cuidado necessárias ao engajamento do indivíduo no auto-cuidado são executadas, também, deliberadamente; elas podem ser reproduzidas a qualquer momento, e são selecionadas e executadas com o objetivo de manter condições internas e externas do indivíduo.

Os indivíduos que se encontram no programa de tratamento por CAPD, executam deliberadamente as ações de auto-cuidado de acordo com sua competência, e estas ações selecionadas, são executadas repetidas vezes diariamente, para manutenção do seu processo vital e para atender às suas necessidades de desvio da saúde.

DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTO-CUIDADO: "é a totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo, em determinado período, de modo a satisfazer às necessidades, ou exigências, do auto-cuidado (Orem, 1980, p.39 e 1985, p. 31). Esta demanda não pode ser conhecida a menos que seja calculada, e constitui em essência, a prescrição para as ações contínuas de auto-cuidado, através da qual as necessidades, ou exigências, de auto-cuidado podem ser satisfeitas dentro de um determinado grau de eficácia (Orem, 1980, p.40). As exigências de saúde dos indivíduos são identificadas por Orem, como sendo: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde. As duas primeiras são sentidas por todos os seres humanos no decorrer do ciclo vital, e as necessidades de desvio da saúde só são sentidas pelo indivíduo na ausência da saúde ou em certas situações especiais (Orem, 1980, p.42-51 e 1985, p. 90-99) (ANEXO I).

A identificação das exigências de desvio de saúde pelo indivíduo renal crônico sob tratamento por CAPD, é fundamental para a determinação de sua competência e, conseqüentemente, ao seu engajamento em ações de auto-cuidado. Só a partir da identificação destas exigências, derivadas de sua situação de saúde e de suas atividades diárias de vida, o indivíduo terá condições de avaliar sua demanda terapêutica do auto-cuidado, através do desenvolvimento de ações do auto-cuidado,

para o suprimento da mesmas. A quantidade e a qualidade de sua demanda terapêutica, está diretamente relacionada com a sua motivação, interesse e auto-determinação diante da vida e de seu tratamento como um todo.

COMPETÊNCIA DA ENFERMAGEM PARA O AUTO-CUIDADO: refere-se à capacidade, ou potencial, que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. Esta capacidade depende do conhecimento, que a enfermagem tenha das ciências, sua bagagem de experiência através da vivência diária, o domínio dos procedimentos da prática de enfermagem, o repertório de habilidades (sociais, interpessoais e de enfermagem), culminando com o desejo do profissional de enfermagem de cuidar (Orem, 1980, p. 87).

Cuidado de enfermagem é a ajuda efetivamente prestada. É o "caring" para, assistindo com, ou fazendo alguma coisa pelo paciente, com o objetivo de atingir os resultados de saúde solicitado pelo e para o paciente (Orem, 1980, p.126).

A intervenção de enfermagem frente ao indivíduo renal crônico em CAPD, se estabelecerá a partir de deficiências surgidas entre a competência e a demanda terapêutica do indivíduo para o auto-cuidado, e será de acordo com a natureza da necessidade, ou exigência, apresentada.

PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO OREM

Com o objetivo de operacionalizar o Marco Conceitual proposto, direcionamos sua aplicação para a prática assistencial, através da implementação de um processo de enfermagem, elaborado segundo a visão de Orem. Para Orem (1985, p: 223 - 224) o processo de enfermagem "determina porque o indivíduo necessita de enfermagem, projeta o sistema de assistência de enfermagem, planeja a assistência específica de enfermagem e, por fim, produz e controla a assistência de enfermagem.

De acordo com Orem, no processo de enfermagem a determinação do porquê um cliente requer assistência de enfermagem e o julgamento do enfermeiro sobre como essa assistência pode ser prestada, são atividades essencialmente intelectuais. E, quando o enfermeiro inicia e mantém contínuo exercício de ações de assistência ao cliente, desempenha atividade essencialmente práticas (NDCG, 1979).

O processo de enfermagem de Orem pode ser representado basicamente pelo esquema a seguir:

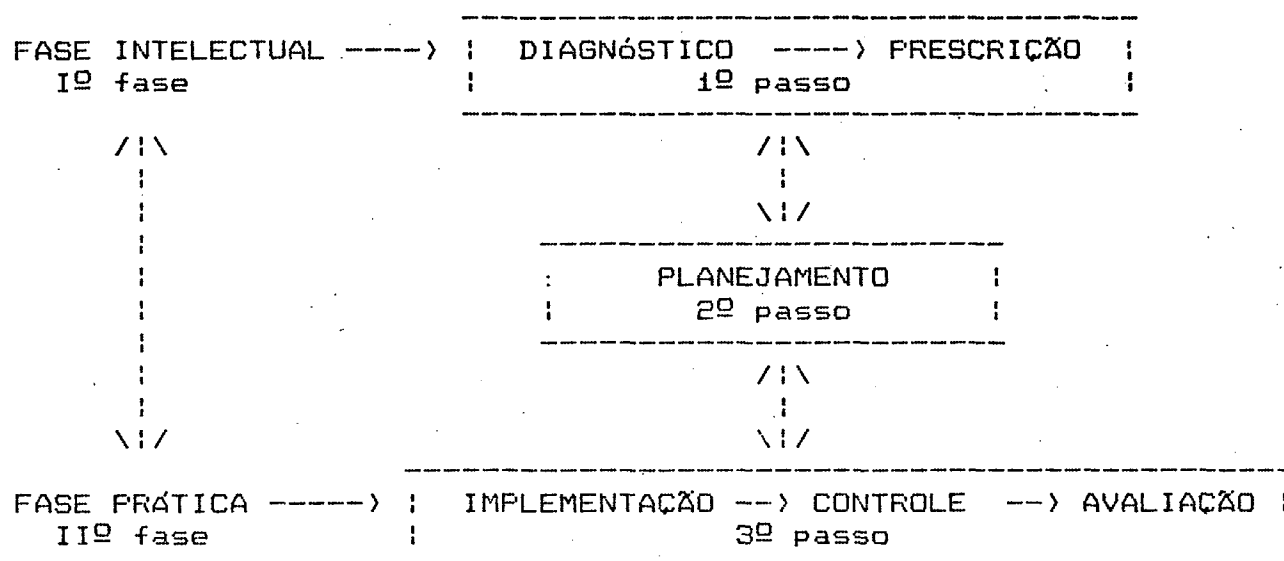


Fig. 03 - Esquema de Processo de Enfermagem com base em Drem.

FASE INTELECTUAL

1º passo:

O primeiro passo de enfermagem de Drem é constituído para o profissional, de operações puramente intelectuais, quais sejam: o diagnóstico e a prescrição. Diagnóstico é uma operação investigadora que capacita os enfermeiros a fazerem julgamentos sobre a situação do cuidado de saúde existente e tomar decisões sobre o que pode ser feito (Drem, 1980 p. 205; e 1985 p. 225). Nesta fase, o enfermeiro procura resposta para cinco perguntas:

1) Qual é a demanda terapêutica do auto-cuidado do paciente? Atual? Futura?

2) Tem o paciente um déficit de engajamento no auto-cuidado a fim de satisfazer a demanda terapêutica do auto-cuidado?

3) Em caso afirmativo, qual é a natureza e as razões para sua existência?

4) Deveria o paciente ser impedido de se engajar no auto-cuidado ou deveria proteger as capacidades de auto-cuidado já desenvolvidas com objetivos terapêuticos?

5) Qual potencial do paciente para se engajar futuramente no auto-cuidado? Aumentando ou aprofundando o conhecimento do auto-cuidado? Aprendendo técnicas de auto-cuidado? Efetivamente e conscientemente incorporando medidas essenciais de auto-cuidado no sistema de auto-cuidado e na vida diária?

A investigação destas questões requer que o enfermeiro busque caminhos efetivos e maneiras seguras que garantam as informações essenciais e determinem qualidade e quantidade adequada dos dados coletados.

Orem não esclarece o que vem a ser a prescrição de enfermagem no contexto do seu processo de enfermagem. Segundo a autora, o diagnóstico e as operações prescritas de enfermagem são concernentes à demanda terapêutica do auto-cuidado e às exigências de auto-cuidado e devem ser coordenadas com operações interpessoais e contratuais desempenhadas com o cliente ou com pessoas que agem por ele (Orem, 1985, p. 226).

2º passo:

O segundo passo do processo de enfermagem de Orem é o planejamento, que também é uma operação intelectual. Segundo Orem (1985, p. 236) planejamento é um aspecto tecnológico no processo de enfermagem e faz parte de um desenvolvimento mais detalhado dos sistemas de enfermagem projetados, ou de suas partes. É no planejamento que se estabelece a organização e o tempo das ações a serem desenvolvidas, diz quem vai desempenhá-las e como será a ação de enfermagem. O planejamento das ações de enfermagem deve objetivar a promoção do desenvolvimento das potencialidades do cliente para o seu auto-cuidado, para que ele se torne o mais independente possível dos profissionais e das instituições de saúde.

A fundamentação teórica do processo de enfermagem, segundo a autora, é a de que as ações devem estar em sintonia com os objetivos planejados e desejados, de acordo com as metas observadas. Devem ser considerados os fatores ambientais, tecnológicos e humanos relevantes para a obtenção dos objetivos. Devem ser desempenhadas de acordo com o planejamento, mas devem ser feitas revisões e adaptações, no planejamento, à medida que as condições mudem. Por fim, devem ser controladas para verificar se os objetivos estão sendo atingidos (Orem 1980, p. 200-202).

Orem (1980, p. 96-101 e 1985, p. 152-159) estabelece três tipos de sistemas de enfermagem, relacionados com a dinâmica do auto-cuidado. Estes sistemas se relacionam com a determinação de déficits dos indivíduos para o atendimento da demanda terapêutica de auto-cuidado necessária à manutenção da saúde e bem estar. Sua implementação

envolve a aplicação de um ou mais métodos de assistência de enfermagem. Estes métodos incluem: (a) atuar ou fazer por alguém, (b) encaminhar, (c) manter condições físicas e psicológicas, (d) prover condições ambientais, e (e) ensinar. Os sistemas são: de compensação total, de compensação parcial e de suporte-educativo (ANEXO II).

O sistema de compensação total é utilizado quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado. A enfermagem irá atuar pelo indivíduo, até que ele tenha condições de atender satisfatoriamente suas necessidades de auto-cuidado. O sistema de compensação parcial é aplicado quando o cliente apresenta alguma dificuldade de competência para atender suas necessidades de auto-cuidado. A enfermagem, neste caso, atua compensando deficiências de competência e desenvolvendo o poder dos indivíduos para prática do auto-cuidado. O sistema de suporte-educativo é aplicado quando o cliente necessita de assistência de enfermagem para adquirir conhecimentos e habilidades, poder decisório e comportamento de controle em relação às suas necessidades de auto-cuidado (Drem 1980, p. 96-101 e 1985, p. 152-159).

A determinação dos sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao auto-cuidado, indica que espécie de métodos o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao cliente. Entretanto, os objetivos da assistência de enfermagem relacionados à quaisquer dos sistemas citados, deverão ser desenvolvidos de forma a ajudar os clientes na seleção, planejamento e execução das medidas de auto-cuidado, necessários à manutenção e restauração da saúde, e convivência com os efeitos e limitações da própria doença.

FASE PRÁTICA

3º passo:

O terceiro passo do processo de enfermagem de Orem é a implementação, que corresponde à parte prática do processo. De acordo com Orem (1985, p. 237) esta última fase é denominada de produção de sistemas reguladores da demanda terapêutica e do poder de agenciar auto-cuidado, que esta relacionado com todas as fases do processo, pois esta regulação ocorre quando o enfermeiro interage com o cliente e, juntos, desenvolvem ações conscientes para atingir as prescrições da demanda terapeutica de auto-cuidado e para regular o exercício, ou desenvolvimento, de suas capacidades para engajamento no auto-cuidado. O enfermeiro deve iniciar, conduzir e controlar as ações de auto-cuidado para: (1) compensar as limitações de auto-cuidado do cliente, assegurando que o auto-cuidado fornecido seja terapêutico, e iniciar a adaptação comportamental do cliente, diante das limitações existentes; (2) superar, quando possível, as limitações de auto-cuidado do cliente, e/ou da sua família, de modo que no futuro, a curto ou longo prazo, as ações de auto-cuidado terapêutico sejam efetivas; e (3) assegurar e proteger as habilidades de auto-cuidado do cliente e prevenir novas limitações de auto-cuidado (Orem 1985, p. 224). Orem não determina como deve se processar o início, a condução e o controle dessas ações de auto-cuidado.

É fundamental que se estabeleça o dinamismo deste processo, porque o que hoje pode ser um déficit, amanhã o cliente pode já ter suprido, e o nível de ação de enfermagem irá se modificar. As respos-

tas do cliente frente às necessidades de auto-cuidado é um processo contínuo, sofrendo constantes modificações que variam de indivíduo para indivíduo, pois estão associadas às suas capacidades (físicas, mentais, motivacionais e emocionais), e estas, por sua vez, estão relacionadas com seus valores, crenças e atitudes.

METODOLOGIA

Descreveremos a seguir a metodologia de implementação da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem na assistência a indivíduos portadores de insuficiência renal crônica submetidos ao tratamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua, através da operacionalização do marco conceitual e do processo de enfermagem elaborados para esse fim.

Nossa proposta de estudo foi submetida à apreciação da Comissão de ética e Pesquisa do Curso de Mestrado em Enfermagem instituída pela UFSC e só após as modificações exigidas pela mesma é que iniciamos sua operacionalização prática (ANEXO VI).

De acordo com a metodologia que nos propomos a desenvolver, o cliente desse estudo foi o indivíduo renal crônico em tratamento por CAPD, assistido no Hospital Governador Celso Ramos (H.G.C.R.) na cidade de Florianópolis - SC., durante o período de novembro-dezembro/88. Naquela época o programa de CAPD do H.G.C.R. contava com 14 clientes em programa, dos quais 10 foram escolhidos para fazer parte do estudo. A escolha ateve-se tão somente ao local de residência dos mesmos e apenas àqueles que residiam próximo ao Centro Nefrológico (ilha e continente) foram contactados, isso porque o cliente em CAPD não tem necessidade de ser mantido em regime de internamento hospitalar, sendo, portanto, um cliente que recebe acompanhamento ambulatorial normal, e para a implementação da nossa metodologia de assistência tivemos que

realizar visitas aos clientes em suas residências. Todos os clientes foram previamente consultados quanto ao interesse em colaborar ou não com o estudo. A todos foi garantido total anonimato e a liberdade de interromper sua participação a qualquer momento. Não houve nenhum tipo de objeção ou resistência por parte dos mesmos, como também não ocorreu um só caso de desistência que viesse a obstar nosso estudo.

Antes de iniciarmos as entrevistas foi feito um pré-teste do marco conceitual e do processo de enfermagem elaborados. Apenas um cliente participou do pré-teste, sendo que a sua escolha decorreu de contatos anteriores, visto que tivemos oportunidade de participar do seu treinamento e do seu implante de cateter, ocasiões em que pudemos observar o seu interesse e motivação em assumir o seu auto-tratamento, além de que, residia a uma distância de aproximadamente 350 Km do Centro Nefrológico, o que o excluiu automaticamente do nosso estudo. Neste momento foram realizadas algumas alterações, supressões e/ou adaptações no processo de enfermagem; o marco conceitual não sofreu alterações.

Em seguida elaboramos uma agenda de visitas; através de contatos telefônicos com os clientes, que já tinham conhecimento do nosso trabalho e dos nossos objetivos, e de acordo com suas conveniências e disponibilidades, determinamos as datas e os horários dos nossos encontros. Na oportunidade checamos os respectivos endereços residenciais e os pontos de referência dos mesmos.

O primeiro contato mantido com cada um dos clientes teve um tempo médio de aproximadamente 4 horas de duração, onde foram desenvolvidas todas as etapas do processo de enfermagem, desde a coleta de dados à assistência de enfermagem propriamente dita. O período mé-

dio destes primeiros contatos com cada um dos 10 clientes foi de três semanas, decorridas entre o final do mês de novembro e a primeira quinzena do mês de dezembro/88. Já as visitas posteriores para controle e avaliação do processo de enfermagem e da assistência de enfermagem implementados, variou de acordo com as necessidades do próprio cliente e também do enfermeiro, tendo se estendido até o mês de março/89, embora a média de visitas tenha sido em número de duas visitas/cliente.

A coleta de dados, que para Orem corresponde ao diagnóstico e prescrição de enfermagem, foi feita com base no instrumento (ANEXO III) que elaboramos a partir das descrições da autora a cerca do processo de enfermagem e dos trabalhos apresentados por Santos (1988) e Alvarez (1987), que desenvolveram, fundamentados em Orem, a assistência à puérpera e ao idoso, respectivamente. Orem, em nenhuma das edições dos seus trabalhos (1971, 1980 e 1985), apresenta um modelo do processo de enfermagem que propõe. O instrumento elaborado consta de tres partes: a primeira é a identificação do cliente onde, além dos dados pessoais, o enfermeiro tem condições de delinear um perfil do quadro geral do cliente através das informações colhidas. Na segunda parte estão as exigências de auto-cuidado, de desenvolvimento e de desvio à saúde, adaptados ao cliente renal crônico em regime de CAPD. Aqui o enfermeiro registra os dados objetivos e subjetivos relatados pelo cliente acerca do seu estilo de vida, da história de sua doença e do seu tratamento. A coleta de dados foi realizada pelo próprio enfermeiro através de entrevistas com os clientes escolhidos, e/ou com as pessoas responsáveis pelo auto-cuidado do cliente, quando este era, de alguma maneira, dependente. Inicialmente as entrevistas foram gra-

vadas e posteriormente transcritas. Além das entrevistas, o enfermeiro registrou dados percebidos através da sua observação, que de alguma forma contribuíram com a investigação realizada. Na terceira e última parte do instrumento, temos esquematizado de forma global, todas as etapas do processo de enfermagem. Ali, o enfermeiro tem uma visão geral da evolução de cada uma das etapas do processo e acompanha, detalhada e sequencialmente, toda assistência desenvolvida junto e com o cliente.

O processo de enfermagem proposto, e implementado, com fundamentação nos conceitos de Orem para a assistência ao cliente em estudo, foi elaborado de acordo com as necessidades determinadas pelas exigências da própria patologia, a insuficiência renal crônica, e do tratamento utilizado, a diálise peritoneal ambulatorial contínua. Apresentamos a seguir, os aspectos metodológicos do processo de enfermagem elaborado e a maneira como o mesmo foi operacionalizado.

FASE INTELECTUAL

1º passo:

No presente estudo, o diagnóstico foi feito a partir do levantamento dos dados de acordo com o instrumento (ANEXO III) elaborado segundo as exigências do auto-cuidado de Orem (ANEXO I). Nesta etapa foi realizado o levantamento de: (1) exigências do auto-cuidado do cliente; (2) demanda terapêutica de auto-cuidado do cliente; (3) competência do cliente no desempenho de ações de auto-cuidado terapêutico; e (4) déficits existentes entre as exigências e a demanda de auto-cuida-

do do cliente, ou seja, déficit na competência do cliente para suprir suas exigências de auto-cuidado. Estes déficits foram detectados pelo cliente e/ou pelo enfermeiro.

O diagnóstico foi realizado em duas etapas: levantamento de dados e identificação dos déficits.

a) Levantamento dos dados: Foram feitos através de dados colhidos nos prontuários dos clientes, de entrevistas realizadas nas residências dos clientes em estudo; e da observação do enfermeiro.

b) Identificação dos déficits: Foram feitas de acordo com o conceito de Drem e adaptados por nós de que "déficit é a falta de competência do cliente com relação à demanda terapêutica necessária para suprir suas exigências de auto-cuidado".

Drem não esclarece o que vem a ser a prescrição de enfermagem no contexto do seu processo. Aqui, a prescrição também foi realizada em duas etapas: classificação dos déficits e análise dos déficits.

a) Classificação dos déficits: Os déficits identificados na fase diagnóstica foram classificados de acordo com Drem, dentro das exigências de auto-cuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde;

b) Análise dos déficits: Cada um dos déficits foi analisado de forma individualizada. Inicialmente abordamos o que significa a situação normal para o cliente em tratamento de CAPD e em seguida descrevemos o caso específico do cliente e/ou as consequências acarretadas pela presença do déficit.

2º passo:

Para o planejamento da assistência ao cliente neste estudo, o enfermeiro considerou apenas os déficits existentes entre a demanda terapêutica e a competência para o auto-cuidado, isso porque, se a exigência de auto-cuidado é satisfatoriamente detectada e atendida pelo cliente, entende-se que não há necessidade da intervenção de enfermagem, portanto não existe déficit, pois o cliente é auto-suficiente em suas ações de auto-cuidado. Em outras palavras, déficit foi a falta de competência do cliente com relação à demanda terapêutica necessária para suprir suas exigências de auto-cuidado.

O planejamento foi realizado em três etapas: classificação dos déficits, análise dos déficits e planejamento da assistência.

a) Classificação dos déficits: Os déficits antes classificados de acordo com as exigências de auto-cuidado, agora foram classificados segundo os sistemas de enfermagem preconizados também por Orem, que são: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de suporte-educativo;

b) Análise dos déficits: Uma segunda análise dos déficits foi feita, só que desta vez, enfermeiro/cliente discutiram analiticamente cada um dos déficits encontrados, na busca de suas origens e de maneiras para solucioná-los, através de novas ações terapêuticas de auto-cuidado;

c) Planejamento da assistência: Após se concluir sobre a necessidade de novas ações de auto-cuidado, o enfermeiro estimulou o cliente a apresentar novas ações terapêuticas. Só então ele, enfermeiro, ajustou, corrigiu e/ou implantou as sugestões dadas pelo cliente

com o objetivo de suprir os déficits detectados.

FASE PRÁTICA

3º passo:

Neste estudo, a fase prática correspondeu a assistência de enfermagem, e esta foi constituída de três etapas: a implementação, o controle e a avaliação. O tipo de assistência implementada dependeu do grau deficitário do cliente. Se o déficit foi totalmente compensatório, o enfermeiro atuou "fazendo" pelo cliente, de modo a satisfazer as exigências de auto-cuidado existentes, até que ele conseguisse desenvolver a competência para o auto-cuidar-se. Se o déficit foi parcialmente compensatório, o enfermeiro atuou "ajustando" as ações de auto-cuidado que eram desenvolvidas pelo cliente de forma a aperfeiçoar sua competência para o auto-cuidado. E se o déficit foi apenas de suporte-educativo, o enfermeiro atuou "checando" as ações de auto-cuidado do cliente, reforçando suas ações competentes e estimulando sua auto-confiança através de revisão de técnicas e de ações de auto-cuidado. Qualquer que tenha sido o tipo de assistência implementada, o enfermeiro teve liberdade de ação, devido a flexibilidade e adaptabilidade deste processo, podendo a qualquer momento, prover condições ambientais, fazer encaminhamentos e ensinamentos de acordo com as exigências apresentadas pelo cliente.

Pelas características próprias do método CAPD, a clientela deste estudo foi composta por pessoas com bom nível de independência física, com capacidade de aprendizado, discernimento e um certo desenvolvimento cultural e social. Todos foram previamente treinados em re-

lação ao seu auto-tratamento e quanto à importância do seu auto-cuidado. Tinham consciência de suas responsabilidades e senso de valor próprio. Portanto, o papel do enfermeiro situou-se no sistema de suporte-educativo de Drem, e suas ações foram de motivador, facilitador e avaliador das ações de auto-cuidado, estimulando na produção destas ações junto a cliente. Frente àqueles clientes que possuíam deficiências física, motoras, visuais ou de qualquer outro tipo que o tenha tornado dependente em seu auto-cuidado, o estudo foi desenvolvido junto ao responsável pelo auto-cuidado do cliente, desde que este concordasse com todo o planejamento elaborado. Salientamos, que desde o início deste estudo, tínhamos consciência que: pelas exigências impostas pelo tratamento de CAPD, e por estar, o cliente escolhido, já em fase de acompanhamento ambulatorial, as ações de enfermagem a serem desenvolvidas pelo enfermeiro estariam todas dentro do sistema de suporte-educativo descrito por Drem.

a) Implementação: A implementação da assistência foi desenvolvida de forma contínua e dinâmica. À medida que os déficits foram sendo identificados, classificados e analisados, os clientes iam sendo estimulados a apresentar sugestões de como os mesmos poderiam ser supridos de acordo com suas necessidades e conhecimentos, e o enfermeiro ia complementando e ajustando as ações propostas pelos clientes, visando a obtenção de suas independências com o aprimoramento de suas competências para o auto-cuidado. Uma verdadeira interação enfermeiro-cliente foi desenvolvida, onde todas as ações foram conjuntas. Ao apresentarmos a implementação da assistência de enfermagem, inicialmente descrevemos, déficit por déficit, todas as ações de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro, e em seguida o modo de desenvolvimento

de

das ações de enfermagem, ou seja, como se processou a operacionalização da assistência de enfermagem através das intervenções do enfermeiro e/ou do cliente.

b) Controle: O controle desta assistência foi desenvolvida durante as visitas domiciliares. Na primeira visita o enfermeiro operacionalizou todos os passos do processo de enfermagem e, junto com o cliente, planejou e iniciou a implementação das ações de auto-cuidado necessárias para suprir os déficits detectados. Em visitas subsequentes, cuja quantidade variou de cliente para cliente, o enfermeiro, junto com o cliente, avaliou a evolução da competência do cliente com relação às ações deficitárias de auto-cuidado, detectaram o surgimento de novos déficits e, quando isso ocorreu, estabeleceram um novo planejamento, e por fim, decidiram pela necessidade ou não, de outras visitas.

c) Avaliação: Foi um procedimento contínuo e dinâmico durante toda a implementação do processo de enfermagem, onde o enfermeiro avaliou, além das exigências de auto-cuidado não atendidas, todas as outras informações de relevância, como também fatores ambientais, procedimentos técnicos e humanos, que pudessem vir a ajudar na promoção de ações terapêuticas de auto-cuidado. O interesse, a participação e a motivação do cliente, e também da família, foram observados e estimulados. Por ser o contato enfermeiro-cliente uma relação de natureza contratual, foi fundamental a atuação do cliente de forma ativa em todos os procedimentos que tivessem relação com o seu auto-cuidado e que, entendessem o seu papel, o papel do enfermeiro e também o papel da família, no contexto de sua situação de saúde.

O controle e a avaliação da assistência prestada são apresentados de forma conjunta, através de descrição das visitas realizadas aos clientes.

Tendo em vista que 08 dos 10 clientes estudados demonstraram pouco conhecimento em relação às possíveis complicações médicas da CAPD, elaboramos um guia de "orientação de enfermagem para o auto-cuidado de clientes em CAPD", com base nos preceitos de Drem que foram adaptados às orientações "standart" fornecidas por laboratórios (ANEXO IV). Este material foi entregue aos clientes durante a segunda visita, quando juntos, discutimos e explicamos item por item o seu conteúdo.

Neste estudo, descreveremos apenas três dos dez processos de enfermagem desenvolvidos, entretanto entendemos ser importante apresentar algumas características básicas dos clientes assistidos e relacioná-las com alguns dados levantados através da revisão da literatura. Para tanto, elaboramos duas tabelas que se seguem, onde dividimos por sexo as características de dependência e independência do autocuidado e de faixa etária (TABELA I). Na TABELA II relacionamos as complicações mais frequentes da CAPD, segundo os autores estudados e a sua incidência por sexo na clientela estudada.

Como pode ser observado na TABELA I, seis dos dez clientes assistidos são do sexo feminino, sendo três independentes para o autocuidado (25, 40 e 53 anos) e três dependentes, estando a dependência de duas delas relacionada com a idade avançada (76 e 81 anos), e a terceira (53 anos) além do problema renal, apresentava também problemas psíquicos, emocionais e de ordem familiar. Os quatro clientes mas

	SEXO		
características	MAS	FEM	TOTAL
. clientes assistidos	04	06	10
. independentes para o A-C (*)	--	03	03
. dependentes para o A-C	04	03	07
. idade: 25-50 anos	02	03	05
51-75 anos	01	02	03
76-81 anos	01	01	02

TABELA I : Características relacionadas a dependência-independência para o A-C e idade dos clientes assistidos.

complicações	sexo	MAS	FEM	TOTAL
infecção local de saída: controlada		--	02	02
reimplante		01	--	01
peritonite: controlada		02	01	03
reimplante		02	01	03
sensação de plenitude gástrica		01	03	04
desnutrição		--	01	01
aumento de peso		--	02	02
hipotensão arterial		01	03	04
hérnia abdominal		--	--	--
lombalgias		--	01	--
perda da capacidade de ultra-filtração		--	--	--
alteração da auto-imagem		--	02	02
alteração de atividade sexual		01	02	03
outras patologias		02	03	05

TABELA II : complicações frequentes na CAPD e sua incidência na clientela assistida.

(*) A representação A-C utilizada no texto significa Auto-Cuidado

culinos eram todos dependentes em suas ações de auto-cuidado, destes, um (64 anos) com problemas de visão, dois outros (45 e 48 anos) por acomodação, pois segundo eles "as mulheres são mais atentas, mais cuidadosas e têm mais jeito para fazer as trocas e os curativos", e o quarto cliente é portador de sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC), que além da hemiparesia direita acarretou problemas visuais.

Na TABELA II estão listadas as complicações médicas mais frequentes na CAPD. Pode-se observar que tres dos dez clientes assistidos apresentaram infecção de local de saída, sendo que um deles necessitou de reimplante do cateter de Tenckhoff. A peritonite foi observada em seis clientes, e destes, tres necessitaram de reimplante do cateter, isto vem a confirmar as experiências relatadas por Vas (1983), Amair et alii (1982), Baun et alii (1982), Oreopoulos et alii (1982), Riella et alii (1982), Divino (1982) e Lima (1988). A sensação de plenitude gástrica, que decorre da presença do líquido na cavidade abdominal, discutida por Riella (1983) e Lima (1988), esteve presente em quatro dos clientes, destes, apenas um evoluiu para desnutrição, mas faz-se importante salientar que a cliente em foco, apresentava problemas psicquicos e emocionais citados anteriormente. O aumento de peso que não podemos classificar como obesidade esteve presente em apenas duas das clientes estudadas, justamente aquelas que nunca apresentaram nenhum tipo de complicação infecciosa ou de outra ordem, e que tiveram adaptação ao tratamento. É importante dizer que estas clientes são independentes em suas ações de auto-cuidado e que a única alteração em suas rotinas de vida são as 4 trocas/dia, esse fato corrobora os estudos de Zappacosta e Ferras (1984), que consideram como principais características psicossociais responsáveis pelo sucesso nos

programas de CAPD, a motivação, crenças positivas de saúde, acuidade mental e um bom sistema de suporte social, características tais que são observadas nas clientes e famílias. A hipotensão arterial relatada por Lima (1988) foi observada em apenas quatro dos clientes, e segundo os relatos ocorreram geralmente após o uso da bolsa hipertônica, e corrigida pelo cliente e família sem intervenção do Centro Nefrológico. Não foi observado a presença de hérnias abdominais, nem alteração da capacidade de ultrafiltração peritoneal em nenhum dos clientes, segundo Lima (1988) estas ocorrências são devido ao aumento da pressão intra-abdominal e por lesões de células mesoteliais decorrentes da presença de infecções, respectivamente; uma outra complicação médica citada pela autora é lombalgia, relatada apenas por um dos clientes, portador de problema postural com comprometimento da coluna lombo-sacra. A alteração da auto-imagem com interferência na prática de atividades sexuais, relatada por Oreopoulos et alii (1982), Phillips (1986) e Burton et alii (1981) foi observada em duas das clientes, ambas jovens (25 e 40 anos), que diziam não se sentir à vontade com a presença da bolsa; já um cliente do sexo masculino diz que a própria idade (65 anos) associada as patologias renal e cardíaca não permitem a prática da mesma. Faz-se importante relatar que cinco dos clientes assistidos eram portadores de algum outro tipo de patologia, quais sejam: alterações psíquicas, cardio-pulmonares e visuais.

Antes de apresentarmos três exemplos da assistência de enfermagem implementada com base no Marco Conceitual e no Processo de Enfermagem elaborados, faz-se necessário alguns esclarecimentos importantes para uma melhor compreensão da apresentação dos mesmos em forma resumida que faremos a seguir, como também da íntegra dos processos

descritos detalhadamente no ANEXO V.

1 - Dentro do possível tentamos obedecer a sequência do instrumento durante a coleta de dados, mas nem sempre isso foi possível; e ao apresentarmos a descrição das entrevistas procuramos fazê-lo de forma didática, identificando cada uma de suas etapas. Outrossim, a assistência de enfermagem foi sendo prestada à medida em que os déficits eram identificados, de forma contínua e dinâmica;

2 - Para manter o sigilo das informações relatadas pelos clientes, todos os nomes foram trocados, inclusive dos médicos (José e João) e da enfermeira (Maria) do Centro Nefrológico;

3 - No item IDENTIFICAÇÃO omitimos dados como: número do registro, endereço residencial completo, ponto de referência e telefone para contato, também para que o cliente não possa ser identificado;

4 - Durante o levantamento de dados, alguns itens do instrumento não são abordados, isso porque, a informação já foi prestada anteriormente pelo cliente no decorrer da entrevista e, com isso, evitamos repetição dos mesmos itens;

5 - Com os clientes que já faziam o tratamento de CAPD a mais tempo e/ou aqueles com nível sócio-cultural mais elevado, fizemos uso de uma linguagem mais técnica e, com aqueles que tinham pouco tempo de tratamento e/ou com um nível socio-cultural mais baixo, utilizamos uma linguagem menos técnica e menos científica;

6 - Antecedendo cada um dos três processos de enfermagem apresentados, tecemos algumas CONSIDERAÇÕES GERAIS a cerca de características individuais de cada situação específica. São observações, sentimentos e percepções pessoais do enfermeiro;

7 - Identificamos como NE (nota de entrevista) todos questionamentos feitos pelo enfermeiro; como NO (nota de observação) todos os dados ou acontecimentos observados e julgados importantes pelo enfermeiro, no decorrer dos contatos mantidos entre ele e os clientes; e as respostas e/ou questionamentos dos clientes, e/ou daqueles que participaram dos encontros, são identificados com os nomes hipotéticos atribuídos a cada um deles.

8 - Os valores apresentados relativos a salários e renda familiar foram expressos em valores referentes ao salário mínimo do mês de novembro/1988, quando foram realizadas as entrevistas e correspondia à CZ\$ 20.476,00 (vinte mil quatrocentos e setenta e seis cruzados).

12 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Lúcio, 65 anos, casado, dois filhos, católico praticante, 2º grau de escolaridade, militar aposentado, residente em Florianópolis - SC, portador de I.R.C. e há dois anos em tratamento de CAPD.

II - EXIGÊNCIAS DO AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

Paciente não refere nenhum problema relacionado a respiração, informa um episódio de bronquite há alguns meses atrás, mas o problema foi sanado sem deixar sequelas. Apresenta boa expansão pulmonar, extremidades oxigenadas; nega hábitos e/ou vícios tabagistas.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA

Informa ingestão líquida de mais ou menos 300 ml/dia, diz ter consciência da sua importância, mas mesmo assim a quantidade de líquido/dia é insuficiente. Apesar disso, as condições de turgor e a elasticidade da pele são normais para sua idade. O controle do balanço hídrico é feito corretamente por sua esposa e filha.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

Refere ingestão alimentar em pequena quantidade, é muito exigente com relação a alimentação, mas embora sua esposa se esforce ao máximo para atender suas preferências, a quantidade ingerida é muito pouca. Normalmente, além das três refeições principais, faz lanches no intervalo das mesmas, sempre em quantidades pequenas. Apresenta prótese dentária superior e inferior, nega problemas de mastigação e deglutição. Informa história de hérnia de hiato mas nega problemas decorrentes da mesma. Tem pleno conhecimento da importância de uma boa alimentação e recebe da esposa estímulos para realizá-la, mas segundo a mesma, ele é "birrento, muito exigente e rebelde". Seu estado nutricional é deficitário, com fraqueza muscular generalizada que é agravada pela hemiparesia direita decorrente de um acidente vascular cerebral (AVC).

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

O funcionamento intestinal é diário e regular, no momento apresenta fezes um pouco ressequidas, tem consciência que é decorrente da deficiência hídrica e alimentar. Nega hemorróidas, obstipação ou cólicas intestinais. Apresenta pouquíssima função urinária, não mais que 50 ml/dia, sem odor e quase da cor de água. No momento encontra-se com infecção urinária (1ª vez), está recebendo tratamento e acompanhamento médico do Centro Nefrológico. Nega alterações genitais. Seus cuidados higiênicos são feitos por sua esposa, no inverno só aceita banho de aspersão de 2/2 dias, no verão os banhos são mais frequentes; na ausência do banho de aspersão, a higiene corporal é feita com uma luva ensaboada e uma bacia. Independente dos banhos, a limpeza da área abdominal e o curativo no local de saída do cateter são feitos diaria-

mente e com todo rigor de assepsia. Diariamente usa roupas limpas, gosta de se apresentar bem, está sempre de unhas cortadas e cabelo aparado.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO

Diariamente faz um passeio matinal em companhia da esposa, gosta de tomar sol pela manhã e de alimentar os tico-ticos na área do prédio. É católico, mas como não consegue ficar sentado muito tempo, não tem paciência de ir à igreja, por isso todos os domingos recebe a comunhão em sua própria casa, vinda da igreja mais próxima. Não tem o hábito de visitar, nem de ser visitado. Normalmente gosta de ver o noticiário na televisão, mas acaba dormindo na poltrona; às vezes folheia a revista "Veja", mas sem o mesmo interesse de antes, pois devido ao AVC sua visão ficou mais enfraquecida e seu interesse diminuiu com relação a quase tudo, e até sua fala foi alterada, isso o deprimiu muito. Dorme cerca de 6 a 7 hs/noite, mas não é um sono tranquilo, ele queixa muito de incômodo e de formigamento do lado direito que foi afetado pela hemiparesia, levanta várias vezes a noite e as 5 hs da manhã já está de pé. Todos os dias após o almoço tem o hábito de descansar e isso lhe faz muito bem. A única atividade que deixou de desenvolver devido ao AVC e não ao problema renal, foi o de preparar e fazer o churrasco na casa de praia, isso realmente lhe dava muita satisfação, e hoje sente-se frustrado por não poder mais fazer.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE O RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL

Sua constelação familiar é formada pela esposa, duas filhas, um genro e dois netos. Reside com a esposa e uma filha que é noiva, o relacionamento familiar é muito bom, tanto a esposa quanto a filha são muito carinhosas, atenciosas e interessadas em sua saúde e bem estar.

Ambas receberam o treinamento de CAPD e se revezam na troca de suas bolsas; existe uma participa

ção familiar muito grande no seu tratamento. Não se sente discriminado em função de sua patologia; é um homem normalmente alegre, gosta muito de futebol, assiste jogos pela televisão, geralmente em companhia do genro, participa da vida familiar, embora seja poupado dos problemas mais sérios, não se sente solitário e não possui hobby.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Apresenta aspecto físico abatido, embora esteja bem vestido e com boa aparência higiênica; anda apoiado com uma bengala e fala baixo e devagar. Emociona-se com facilidade, demonstrando ser uma pessoa sensível; demonstra interesse em nossa conversa, e preocupação com a infecção urinária que apresenta. O relacionamento com a esposa e a filha é cercado de carinho. Com relação aos sinais vitais: PA = 160 X 90 mmHg, P = 82 bat/ min, R = 25 inc/min e T = 37,2^o C; peso seco = 60 Kg e peso cheio = 62 Kg; altura = 1m 62 cm. Quanto ao sistema cardiovascular apresenta, esporadicamente, taquicardia, mantém acompanhamento médico-cardiológico periódico; sistema respiratório n.d.n; sistema músculo-esquelético apresenta fraqueza, decorrente da hemiparesia direita da pouca nutrição, e com relação ao sistema reprodutor desde o AVC que não mantém contatos sexuais com sua esposa. Recebe benefício do INAMPS que mantém todos os custos do tratamento e da FUSESC por ser militar aposentado e que lhe assegura atendimento em qualquer hospital. Atualmente além do acompanhamento cardiológico periódico, também procura regularmente o Centro Nefrológico para os exames laboratoriais de rotina e a troca mensal do equipo de transferência, ou caso ocorra alguma alteração em sua saúde. Nunca foi de participar de atividades

de grupo ou comunitária; participa das atividades familiares, embora seja poupado dos problemas mais sérios.

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM ESTAR

Possui visão enfraquecida, usa óculos e lê bem, embora tenha perdido o hábito e o gosto pela leitura; tem boa audição, mas só ouve o que lhe é conveniente, às vezes finge que não escuta o que lhe é dito e outras escuta coisas ditas em voz bem baixa; sua memória é fraca para fatos recentes (pós-AVC), mas lembra de fatos ocorridos em sua infância e adolescência no Piauí, e durante sua vida de militar; e às vezes esquece que tomou o hidróxido de alumínio há 15 minutos, por exemplo. Sua coordenação motora é fraca devido a hemiparesia direita; apresenta um comportamento variado: às vezes exigente, ansioso, deprimido e outras cooperativo e interessado. Reside com a esposa e a filha em um apartamento localizado no centro da cidade; o apartamento possui dois quartos, uma sala, um banheiro, uma cozinha, área de serviço, um quarto de empregada que foi transformado em despensa onde são armazenadas as caixas com o material de CAPD e um banheiro de empregada que foi isolado e transformado para realização das trocas, isso porque é todo azulejado e possui pia, o bacio sanitário é usado apenas para desprezar as bolsas drenadas e foi colocada no espaço do box uma mesinha de fórmica. Todos os cômodos são bem limpos, arejados, bem iluminados e recebem os raios solares; a cozinha é bem aparelhada com eletrodomésticos necessários; possuem telefone e carro. O apartamento é próprio. Sua renda mensal é de 10 salários mínimos, oriundos da aposentadoria militar; a filha trabalha, mas seus rendimentos são para cobrir suas próprias despesas; o dinheiro não é abundante, mas com "jeitinho" dá para se viver. Nega tabagismo, etilismo e alergias. Não

possuem animais domésticos.

B - DE DESENVOLVIMENTO

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO

Mensalmente realiza os exames laboratoriais de rotina, e também a troca do equipo de transferência. Segue o acompanhamento ambulatorial de acordo com as rotinas do Centro Nefrológico. As ações contínuas de auto-cuidado são desenvolvidas competentemente por sua esposa, uma vez que o mesmo não possui condições para fazê-las. As medicações, os curativos, os controles e as trocas das bolsas diárias são realizadas de forma contínua, e de maneira responsável e competente por sua esposa e filha.

B.2 - PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO

No início sua adaptação social foi difícil, não aceitava o fato de ser portador de uma patologia crônica e que requeria tantos cuidados, mas com o apoio da família conseguiu superar a crise inicial. Não ocorreram mudanças abruptas com relação a sua segurança ocupacional, sua condição econômica e seu status uma vez que sempre manteve uma vida doméstica e pacata; seu estilo de vida foi alterado apenas em relação às 4 trocas/dia e às visitas mensais ao Centro Nefrológico. A trombose é que realmente o tornou dependente, pois até então era um homem ativo, fazia toda a administração financeira da casa, pagamentos e controles bancários, cuidava de sua própria higiene e alimentação. Também seus hábitos sexuais foram alterados com a trombose, antes mantinha relações normalmente para um homem da sua idade, mas depois da trombose disse à esposa que não tinha mais condições, esta aceitou a nova situação sem reclamações, e também, nunca mais falaram

no assunto

C - DE DESVIO DE SAÚDE

C.1 - RELATIVOS À HISTÓRIA DA DOENÇA

O primeiro problema de saúde sério foi o do coração em 1983, e até hoje ele faz tratamento. Depois veio o cálculo renal em 1984, e após o tratamento não apresentou mais problemas. Em 1986 ele começou a urinar muito, principalmente à noite, e sentia muitas dores nas pernas, procurou o cardiologista e este solicitou uma série de exames laboratoriais; na época chegou a ir até São Paulo para fazer uma biópsia renal, quando então recebeu o diagnóstico de I.R.C. em 13 de junho de 1986. A partir desta data ficou 5 meses tomando remédios sem apresentar melhora; começou a inchar e foi tirado o sal, a dieta ficou mais rigorosa e o médico o comunicou que ele teria que fazer hemodiálise ou diálise peritoneal. Segundo sua esposa o seu problema renal surgiu em decorrência do uso de "ANTURAN 200" receitado pelo cardiologista e que é contra-indicado a pacientes com história de cálculo e/ou cólica renal, mas na época mesmo sabendo disso a preocupação maior era o coração, no entanto "o coração está resistindo muito bem e o que ficou foi o problema renal". Foi discutido com a equipe nefrológica os tipos de tratamentos disponíveis e foi feita a opção pela CAPD, uma vez que havia possibilidade de um transplante. Fez um implante de cateter em 11 de novembro de 1986 e começou o tratamento, ao mesmo tempo em que realizava os exames junto com a filha, que seria a doadora para o transplante renal. No início de dezembro de 1986 teve um princípio de peritonite, mas sem grandes consequências pois foi devidamente tratado. Em 25 do mesmo mês teve um AVC, quando ficou internado por mais de dois

meses e como sequela apresenta hemiparesia direita, dificuldade na fala e na deambulação, visão enfraquecida e um completo desestímulo para a vida. Com o AVC, o transplante foi inviabilizado pela queda do seu estado geral e por suas condições cardíacas precárias.

C.2 - RELATIVOS AO TRATAMENTO POR CAPD

C.2.1 - ASPECTOS MOTIVACIONAIS

A opção pelo CAPD ocorreu por indicação médica e também porque pareceu ser o tratamento menos agressivo. Hoje a família não consegue ver o sr. Lúcio fazendo outro tipo de tratamento e, segundo sua esposa "se o velhinho tivesse que fazer hemo acho que já tinha morrido, mais de desgosto que de qualquer outra coisa. Eu tenho a impressão que ele não resistiria. A trombose já acabou com o sonho do transplante e eu não vejo ele fazendo outro tratamento". Expectativas de vida quase não existem, o testamento já foi feito, mas um sonho permanece: rever o nordeste, principalmente o Piauí onde viveu sua infância. Com relação às trocas, sua esposa diz: "minha vida hoje é cuidar dele, há muito tempo que eu esqueci de mim, já faço tudo com tanta naturalidade que nem percebo, dedico minha vida a ele e não sinto isso como um peso, acho que é porque me sinto feliz em ajudá-lo. São 38 anos de casamento e graças a Deus somos unidos e felizes". Para ele, os responsáveis pelo sucesso do seu tratamento são a esposa e a filha, sem esquecer a equipe do Centro Nefrológico.

C.2.2 - ASPECTOS FÍSICOS

No início, a presença do cateter abdominal, da bolsa e do líquido intra-abdominal o incomodavam, mas agora já fazem parte do seu corpo. A única intercorrência que apresentou foi o início de uma peritonite em dezembro de 1986. Os cuidados com o cateter, com o orifício

de saída, troca das bolsas e os higiênicos são diários; utilizam o sistema de troca de bolsa 3 vezes ao dia e 1 vez a noite e as bolsas são aquecidas por calor seco (cobertor térmico); também os exames médicos e laboratoriais periódicos, e a troca do equipo de transferência são feitos de acordo com a rotina do Centro.

C.2.3 - ASPECTOS COGNITIVOS

Com relação aos aspectos cognitivos, sua esposa demonstra conhecimento e segurança em suas respostas, principalmente com relação aos aspectos técnicos ela sabe o que faz e porque. Mas com relação às possíveis complicações médicas em CAPD, cliente-esposa-filha, demonstram insegurança e até mesmo desconhecimento em relação a algumas delas, como p. ex: prurido, dor no ombro, náuseas e vômitos, inquietude, amortecimento e formigamento, tontura e fraqueza, falta de ar, edema, diarreia, constipação e líquido drenado sanguinolento; ou seja, as únicas complicações médicas conhecidas pelo cliente e família são: peritonite, hipertensão e hipotensão.

I - PROCESSO DE ENFERMAGEM

1a FASE: INTELLECTUAL				2o PASSO		3a FASE: PRÁTICA			
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO				PLANEJAMENTO		ASSISTÊNCIA			
1o PASSO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	MODO DE DESENVOLVIMENTO			CONTROLE E AVALIAÇÃO
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	IMPLEMENTAÇÃO	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	1o VISITA	2o VISITA	3o VISITA
1- Insuficiência hídrica	Exigência Universal	1- O indivíduo em CAPD não tem restrição hídrica como aqueles em HD ou DPL. O líquido ingerido oralmente é normalmente eliminado através da drenagem peritoneal e/ou diurese, quando esta está presente; ajuda na diálise peritoneal das substâncias tóxicas, além de colaborar nos processos digestivo e excretório; mantém o equilíbrio hidroeletrólítico do indivíduo. O cliente em estudo ingere apenas 200 a 300 ml/dia, embora mantenha turgor e elasticidade da pele com características normais para sua idade, vem apresentando fezes um pouco ressequidas.	1- Sistema de Enfermeiro-cliente: A esposa propôs que o cliente aumentasse sua ingestão líquida através de uma ingestão gradual de líquidos variados (chá, sucos, água, etc.) durante todo o dia. O cliente concordou desde que fosse ele a escolher o tipo de líquido a ser ingerido. O enfermeiro reforçou a importância dos líquidos para o organismo e estimulou que todas as decisões fossem conjuntas e em forma de acordo.	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância em aumentar sua ingestão hídrica; aos problemas decorrentes de uma ingestão hídrica inadequada, p.ex.: fezes ressequidas que se evoluíram para obstipação e/ou hemorragia na infusão e drenagem do líquido dializante, ou ainda evoluir para um fecho e ser causa de uma peritonite.	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de uma boa ingestão nutricional. Problemas decorrentes de inadequada ingestão alimentar, p.ex.: fraqueza muscular, desnutrição, alterações intestinais (ver déficit 1).	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	1- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.
2- Nutrição	Exigência Universal	2- Assim como a hidratação também é importante, os clientes de CAPD têm condições de manter um ritmo alimentar em termos de quantidade e qualidade semelhantes aos demais membros da família, salvo aqueles que, além do problema renal, possuem também sérios problemas cardíacos, de obesidade, digestivos, metabólicos ou outros. O cliente em estudo não ingere a quantidade adequada de alimentos/dia, embora os alimentos que lhe são oferecidos correspondam às suas preferências alimentares. Atualmente está substituindo as refeições por chás e torradas, como consequência desta má nutrição aporrida.	2- O cliente justificou: A esposa propôs que diariamente o cliente determinasse o cardápio da família, desde que ele se comprometesse a aumentar sua ingestão alimentar. O cliente concordou e prometeu se esforçar para voltar a alimentar-se bem.	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de uma boa ingestão nutricional. Problemas decorrentes de inadequada ingestão alimentar, p.ex.: fraqueza muscular, desnutrição, alterações intestinais (ver déficit 1).	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.	2- análise da situação específica do cliente. Orientação e/ou estímulo quanto: necessidade e importância de estabelecer rotinas alimentares para manter um bom suporte calórico e o funcionamento digestivo e intestinal normais. Esclarecimento, orientação e/ou ensinamentos quanto: problemas emocionais podem ser a causa do déficit.

IIª FASE: PRÁTICA

[illegible]

1a FASE: INTELLECTUAL				11a FASE: PRÁTICA			
1o PASSO		2o PASSO		3o PASSO			
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO		PLANEJAMENTO		ASSISTÊNCIA			
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	CONTROLE E AVALIAÇÃO
						AÇÕES DE ENFERMAGEM	MODO DE DESENVOLVIMENTO
							1o VISITA
							2o VISITA
							3o VISITA
5- Desconhece as complicações medicadas	5- Sistema de Suporte Educativo	5- Enfermeiro-cliente: esposa concordou com a necessidade de conhecer as prováveis complicações medicadas da CAPD e de adquirir o conhecimento quanto às suas causas e das medidas preventivas das mesmas, assim como as ações terapêuticas para o tratamento de cada uma delas.	5- Enfermeiro-cliente: Cliente e esposa solicitarão auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações medicadas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu a elaborar um guia de orientação que os auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas e preventivas do déficit detectado.	5- análise da situação específica do cliente: - orientação quanto às possíveis complicações medicadas da CAPD, quais sejam: prurido, diarreia, constipação, dor no ombro, dor de cabeça, náuseas e vômitos, inquietude, hipotensão, hipertensão, peritonite, drenagem de líquido sanguíneo e inapetência. - esclarecimento quanto às causas prováveis e o que fazer na presença de cada uma delas.	5- Mais uma vez o enfermeiro atuou dentro do sistema de suporte educacional, orientando a esposa e a filha para o A.C. em atendimento de rotina, demonstrando os procedimentos, esclarecendo as dúvidas e regulando as ações terapêuticas necessárias para o suprimento dos desejos. Todos os conceitos prováveis e atuais foram discutidos. O conhecimento, do cliente e da esposa, quanto ao diagnóstico, identificação, sintomas e comprometimentos, foi reforçado e se comprometeram a fazer nenhuma alteração na rotina de cada um, quando existisse a dúvida.	5- Mais uma vez o enfermeiro atuou dentro do sistema de suporte educacional, orientando a esposa e a filha para o A.C. em atendimento de rotina, demonstrando os procedimentos, esclarecendo as dúvidas e regulando as ações terapêuticas necessárias para o suprimento dos desejos. Todos os conceitos prováveis e atuais foram discutidos. O conhecimento, do cliente e da esposa, quanto ao diagnóstico, identificação, sintomas e comprometimentos, foi reforçado e se comprometeram a fazer nenhuma alteração na rotina de cada um, quando existisse a dúvida.	5- Mais uma vez o enfermeiro atuou dentro do sistema de suporte educacional, orientando a esposa e a filha para o A.C. em atendimento de rotina, demonstrando os procedimentos, esclarecendo as dúvidas e regulando as ações terapêuticas necessárias para o suprimento dos desejos. Todos os conceitos prováveis e atuais foram discutidos. O conhecimento, do cliente e da esposa, quanto ao diagnóstico, identificação, sintomas e comprometimentos, foi reforçado e se comprometeram a fazer nenhuma alteração na rotina de cada um, quando existisse a dúvida.

IIº PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Carlos, 48 anos, casado, seis filhos, católico praticante, escolaridade primária, comerciário aposentado, residente em Florianópolis - SC, portador de I.R.C. e há cinco meses em tratamento de CAPD.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

Paciente não refere nenhum problema relacionado com a respiração; informa estado gripal há uma semana, sem maiores consequências. Apresenta boa expansão pulmonar, extremidades aquecidas e oxigenadas; informa haver abandonado hábitos tabagistas há mais de 10 anos.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA

Informa ingestão líquida diária de mais de 1000 ml, conhece a importância de uma boa ingestão hídrica; apresenta pele com turgor e elasticidade normais. O controle de líquidos ingeridos, infundidos e drenados é feito regularmente.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

Alimenta-se normalmente, não tem preferência alimentar, gosta de tudo: frutas, legumes, carnes, peixes, cereais e massas. Nega problemas de mastigação e deglutição. Apresenta bom estado nutricional, mucosas e faces coradas e excelente aspecto físico. Tem pleno conhecimento da importância de uma boa alimentação e, no momento, está iniciando um regime pois está se sentindo alguns quilos acima do seu peso normal.

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

Funcionamento intestinal diário e sem alterações; apresenta funcionamento urinário com características normais 4 -5 vezes/dia, não sabe informar quantidade exata porque não inclui suas perdas urinárias no controle hídrico diário, apenas observa e controla mentalmente a maior ou menor quantidade de diurese. Nega hemorróidas, obstipação, cólicas intestinais e/ou alterações genitais. Os cuidados higiênicos são diários, com banho de aspersão matinal, seguido do curativo no local de saída do cateter e troca da primeira bolsa; na presença de evacuações intestinais é feita, em seguida, uma higiene íntima. Usa sempre roupas limpas e confortáveis, gosta de sentir-se a vontade, principalmente para dormir.; evita uso de roupas de lã direto sobre a pele para prevenir coceiras e escoriações; apresenta cabelos cortados e limpos, unhas bem curtas e limpas.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO

Vez ou outra faz uma caminhada, confessa ser acomodado e muito caseiro; não tem hábito de visitar nem de ser visitado, apenas nos finais de semana reúne-se com os familiares; não é adepto de leituras, nem de frequentar a igreja com assiduidade. Dorme cerca de 8-9 hs/noite, tem sono tranquilo e repousante, acorda em torno das 8:30 hs da manhã e repousa diariamente após o almoço. Às vezes sente falta dos colegas de trabalho, mas demonstra sentir-se feliz com a aposentadoria e com o fato de ficar em casa sem fazer nada. Para o futuro tem planos de desenvolver trabalhos na terra, fazer uma horta, plantar bastante verduras e frutas, e também criar galinhas, tem bastante espaço em sua casa e assim se sentirá útil e ajudará no abastecimento da casa o que reduzirá, em muito, as despesas familiares.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL

Sua constelação familiar é formada pela esposa, dois filhos, uma nora e dois netos que residem juntos; o relacionamento familiar é bom, a nora ajuda nos serviços da casa e os filhos trabalham fora e dentro do possível contribuem com as despesas. Não existe uma afinidade maior com um membro específico da família, cada um, a sua maneira, colabora e participa do seu tratamento e da vida familiar como um todo. A esposa foi treinada junto com ele para as trocas das bolsas, mas é quem assumiu a integral responsabilidade de sua assistência; apesar de ter capacidade física, emocional, motora e cognitiva para desenvolver suas ações terapêuticas, acomodou-se transferindo as responsabilidades para sua esposa. Não se sente discriminado pela família e/ou amigos em função de sua patologia, é uma pessoa normalmente calma, caseira, gosta de brincar com os netos e de mexer com a terra; participa

da vida familiar, tomando parte das decisões e assumindo responsabilidades, quando necessário; não se sente solitário, apesar de gostar de ficar sozinho, às vezes.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Apresenta bom aspecto físico, boa aparência higienica. É um homem jovem, com boa postura corporal; deambula com desenvoltura e possui fala pausada, com dificuldade de dicção em algumas palavras; aparenta simplicidade no vestir e na maneira de ser, deixando transparecer calma e acomodação diante da vida e, especificamente, da sua situação de saúde. Demonstra muito interesse em nossa conversa, principalmente quando abordamos algum aspecto da CAPD, que para ele é desconhecido. Sua PA é de 120 X 80 mmHg, mede 1,75 mts de altura, 78 Kg é seu peso seco e 80 Kg o peso cheio. Quanto ao funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratorio, músculo-esquelético e reprodutor n.d.n.. Recebe benefício do INAMPS que mantém todos os custos do tratamento e da UNIMED por intermédio da firma onde trabalhou, o que lhe assegura atendimento nas instituições de saúde credenciadas. Atualmente faz acompanhamento mensal periódico no Centro Nefrológico para realização dos exames laboratoriais de rotina e a troca mensal do equipo de transferência, mas sempre que surge alguma necessidade procura orientação e apoio da equipe nefrológica. Nunca foi de participar de atividades grupais e/ou comunitárias, mas com relação aos assuntos da família é uma pessoa sempre presente.

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM-ESTAR

Possui boa visão, mas necessita do auxílio de óculos para leitura, o que é raro pois não tem o hábito de ler; a audição, o olfato, o paladar e o tato são excelentes; apresenta boa coordenação motora, boa capacidade de aprendizado, embora tenha dificuldade para a leitura; seu comportamento é cooperativo, apesar de acomodado. A família reside em uma casa ampla, em um bairro afastado do centro da cidade; a casa possui 3 quartos, 1 sala grande, 1 banheiro, 1 copa-cozinha amplos, garagem e jardim; as paredes são de tijolo, rebocadas, apesar de antiga a pintura está limpa e conservada; é bem arejada e iluminada; as redes de água e eletricidade são da CASAN e CELESC, respectivamente; as instalações sanitárias são do sistema de fossa; possuem os eletrodomésticos básicos e o único animal doméstico é um cachorro que não tem acesso às dependências da residência. A casa é própria, não possuem carro, nem telefone, mas em caso de necessidade utilizam os da vizinha, que é irmã dele; têm acesso a ônibus urbano que passa na porta da residência. As bolsas são armazenadas em local aberto e arejado, segundo orientações da enfermeira do Centro; a troca das bolsas é feita no quarto do casal, ambiente sem luxo, com boa iluminação, ventilação e ótimo aspecto higiênico. A renda familiar mensal é de aproximadamente 08 salários mínimos, oriundos da aposentadoria do INAMPS, do auxílio dos antigos patrões e da pequena contribuição dos filhos. O dinheiro é "apertado" e cobre as despesas prioritárias da família. Abandonou o tabagismo há 10 anos, nega etilismo e alergias.

B - DE DESENVOLVIMENTO

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO

Os exames laboratoriais são feitos mensalmente, bem como as trocas do equipo de transferência; segue o acompanhamento ambulatorial de acordo com a rotinas do Centro Nefrológico. Apesar de possuir todas as condições necessárias para o desenvolvimento de suas ações de auto-cuidado, não o faz, acomodando-se e deixando toda a responsabilidade a cargo de sua esposa que, de forma responsável e competente, supre as exigências de desvio de saúde, portanto, é sua esposa a responsável por seus curativos, seus remédios, seus controles e pela troca de suas bolsas.

B.2 - PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO

Informa não ter tido problema adaptativo com o novo estilo de vida, pois antes de ser diagnosticado o problema renal, tinha outros problemas que o mantinham sempre no médico: gastrite, úlcera, dores nas costas e depois a própria sintomatologia renal; agora todos estes problemas desapareceram, ficando apenas a rotina das 3 trocas/dia e as visitas ao Centro Nefrológico o que, de certa forma, equilibrou sua rotina de vida e seus problemas de saúde. Com relação à sua condição econômica, apesar do aumento das despesas com medicamentos, não houve grandes alterações, pois recebe ajuda da firma em termos de remédios, alimento e dinheiro. Não houve alterações nos seus hábitos sexuais.

C - DE DESVIO DE SAÚDE

C.1 - RELATIVOS À HISTÓRIA DA DOENÇA

Durante dois anos fez uso de medicação sem saber qual era o seu diagnóstico, teve problemas como gastrite, úlceras, anemia e sintomas como dores nas costas, enxaqueca, náuseas, dores nos MMII e apresentava sangue nas fezes. Fez todo tipo de exames, a sintomatologia não desaparecia e os médicos não chegavam a nenhuma conclusão diagnóstica. Foi quando decidiram mudar de médico, foram feitos novos exames e então ele foi comunicado que tinha um problema renal e que, por não ter recebido um tratamento adequado, agora já não tinha mais cura. Foi internado e durante dois dias fez mais uma série de exames, quando teve a confirmação definitiva de sua insuficiência renal; soube então que precisava fazer a hemodiálise ou transplante; conheceu vários médicos e um deles sugeriu a CAPD. Seu filho se prontificou para ser doador para o transplante renal, mas na época estava desempregado e a situação financeira era crítica, então optaram pela CAPD, pois podia ser feita em casa e trazia menos complicações que a hemodiálise. Conheceu o processo da hemodiálise na sala de rim e, principalmente, através de informações do companheiro de quarto durante o período de hospitalização, o mesmo não passava bem, estava edemaciado, fazia rigorosa dieta, vindo a falecer algum tempo depois. Em 30/06/88 fez o implante de cateter e começou o tratamento. No início ficou preocupado, mas adaptou-se rapidamente; durante os cinco meses de tratamento, o único problema que apresentou foi infecção no local de saída do cateter, mas foi detectada e tratada antes que pudesse trazer maiores problemas.

C.2.1 - ASPECTOS MOTIVACIONAIS

A opção pela CAPD se deu em decorrência da indicação médica e, principalmente, após ter conhecido a hemodiálise e a restrições que a mesma impõe. Demonstra interesse pelo funcionamento do seu corpo, apesar de ter-se acomodado quanto às suas ações terapêutica de autocuidado. Definiu CAPD como "uma coisa muito inteligente que dá nova vida para quem precisa", e o maior responsável pelo sucesso de seu tratamento é, antes de tudo, sua esposa; recebe todo apoio da família e tem planos de fazer uma horta e criar galinha. Sabe que pode contar com a equipe de saúde do Centro Nefrológico a qualquer momento.

C.2.2 - ASPECTOS FÍSICOS

A presença do cateter, da bolsa e do líquido intra-bdominal não o incomoda; os cuidados com o cateter e com o orifício de saída são feitos diariamente, assim como a higiene corporal. Utilizam o sistema de troca de bolsa duas vezes ao dia e uma vez a noite; as bolsas são aquecidas por calor seco (cobertor elétrico) e obedecem as rotinas do centro para os exames médicos, laboratoriais e troca do equipo de transferência.

C.2.3 - ASPECTOS COGNITIVOS

Cliente e esposa demonstram ter conhecimento e segurança nos aspectos técnicos da CAPD; desconhecem alguns termos médicos e, principalmente, as causas e a conduta a ser desenvolvida na presença das possíveis complicações médicas.

II - PROCESSO DE ENFERMAGEM

1ª FASE: INTELECTUAL		2ª FASE: PRÁTICA	
1º PASSO	2º PASSO	3º PASSO	4º PASSO
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	CONTROLE E AVALIAÇÃO
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO
1- Não faz controle hídrico	1- Exigências: 1- O indivíduo em CAPD tem necessidade de manter um constante balanço hídrico, isso porque ele não tem restrição de ingestão líquida e grande parte deles tem diurese presen- te, com isso é fundamental manter um controle das perdas e/ou ganhos. Li- quidos na prevenção de possíveis complicações. O cliente em estudo tem uma boa ingestão líquida e apre- senta diurese franca (não controla- da), além das perdas insensíveis; com relação à drenagem do líquido dializado, apresenta um volume de ± 200 ml a mais em cada drenagem. Embora apresente pele com turgor de- tro dos parâmetros de normalidade e não apresentar nenhuma alteração id- testinal e/ou de natureza hemodinâ- mica, faz-se importante a realiza- ção do controle hídrico na preven- ção de possíveis complicações.	1- Enfermeiro-cliente: 1- esposa concorda com a necessidade de novas ações te- rapêuticas de auto- cuidado	1- análise da situação especifi- ca do cliente. - orientações quanto à impor- tância de manter constante dos líquidos ingeridos e eliminados na prevenção de problemas como: desidrata- ção, diálise inadequada, perda de líquidos, hipo e hipertensão, comprometimen- to dos cardíacos e/ou pulmona- res, decorrentes do acúmulo de líquidos no organis- mo, obstrução intestinal.
2- Dependência de Desvio de Saúde	2- Exigências: 2- Os principais aspectos citados por Zapastota e Ferraz (1984), co- m o responsável pelo sucesso nos pro- gramas de CAPD é o interesse e a moti- vação do próprio cliente no desen- volvimento e manutenção de suas a- ções de auto-cuidado. O cliente em estudo tem todas as características necessárias para o desenvolvimento de seu auto-cuidado, mas demonstra um comportamento extremamente acor- dado, deixando que sua esposa assu- ma toda a responsabilidade com rela- ção aos seus cuidados pessoais e te- rapêuticos. Em contrapartida, sua esposa assumiu todas as responsabi- lidades, sem exigir dele o mínimo de colaboração e responsabilidade.	2- Enfermeiro-cliente: 2- esposa reconhece a acomodação do cliente quanto as suas responsabilida- des pessoais e o próprio cliente se diz em condi- ções de assumir o seu auto-cuidado, mas acomoda-se di- ante da dedicação da esposa, e esta, por sua vez, tem medo que ele esque- ça os cuidados ou que se contamine nas trocas.	2- Também aqui as ações foram de suporte-educati- vo, onde o enfermeiro apenas estimulou, orientou e ajustou as ações propostas pelo cliente e esposa uma vez que o mesmo não tinha consciência da necessidade de modi- ficar a situação detecta- da.

III^o - PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Ana, 40 anos, solteira, sem filhos, católica praticante, escolaridade primária, doméstica, residente em Florianópolis - S.C., portadora de I.R.C. e há 5 meses em tratamento de CAPD.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

Paciente não refere nenhum problema relacionado com a respiração, nega tosse, dificuldade de respirar e presença de secreções brônquicas. Apresenta boa expansão pulmonar, extremidades aquecidas e oxigenadas; informa haver abandonado o tabagismo há cerca de 9 meses.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA

Informa ingestão líquida diária de mais de 1.000 ml, conhece a importância de uma boa ingestão hídrica; apresenta pele com turgor e elasticidade normais. Realiza o controle dos líquidos ingeridos, infundidos e drenados diariamente.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

Alimenta-se normalmente, não tem preferência alimentar, gosta de frutas, verduras, legumes, massas, peixes, carnes, gelatinas e cereais. Não apresenta problemas de mastigação e deglutição. Seu estado nutricional é bom, mucosas e faces coradas, e excelente aspecto físico. Tem pleno conhecimento da importância de uma boa alimentação para o funcionamento regular dos intestinos.

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

Apresenta funcionamento intestinal e diário com características normais; não tem excreção urinária e seu ciclo menstrual foi interrompido há quase 1 ano. Nega hemorróidas, obstipação, cólicas intestinais e/ou alterações genitais. Informa cuidados higiênicos diários, com banho de aspersão pela manhã e a noite, o curativo no local de saída do cateter é feito sempre pela manhã, mas se houver necessidade é feito também a noite; as evacuações intestinais são seguidas de uma higiene íntima. Apresenta cabelos curtos e limpos, unhas curtas, limpas e mãos bem cuidadas; suas vestes são simples, mas limpas e confortáveis, evita usar roupas apertada e de tecido muito grosso.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADES E REPOUSO

Leva uma vida normal, faz as tarefas leves da casa, vai à rua fazer compras e pagamentos; faz viagens curtas para rever amigos e parentes; frequenta missas na igreja do bairro e participa normalmente da vida familiar; não é adepta de leituras. Tem sono tranquilo e repousante, dormindo cerca de 8 - 9 hs./noite; tem o hábito de repousar de 1 a 2 hs. após o almoço. O tratamento não lhe trouxe nenhuma limi-

IIIº - PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

Ana, 40 anos, solteira, sem filhos, católica praticante, escolaridade primária, doméstica, residente em Florianópolis - S.C., portadora de I.R.C. e há 5 meses em tratamento de CAPD.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

Paciente não refere nenhum problema relacionado com a respiração, nega tosse, dificuldade de respirar e presença de secreções brônquicas. Apresenta boa expansão pulmonar, extremidades aquecidas e oxigenadas; informa haver abandonado o tabagismo há cerca de 9 meses.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA

Informa ingestão líquida diária de mais de 1.000 ml, conhece a importância de uma boa ingestão hídrica; apresenta pele com turgor e elasticidade normais. Realiza o controle dos líquidos ingeridos, infundidos e drenados diariamente.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

Alimenta-se normalmente, não tem preferência alimentar, gosta de frutas, verduras, legumes, massas, peixes, carnes, gelatinas e cereais. Não apresenta problemas de mastigação e deglutição. Seu estado nutricional é bom, mucosas e faces coradas, e excelente aspecto físico. Tem pleno conhecimento da importância de uma boa alimentação para o funcionamento regular dos intestinos.

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

Apresenta funcionamento intestinal e diário com características normais; não tem excreção urinária e seu ciclo menstrual foi interrompido há quase 1 ano. Nega hemorróidas, obstipação, cólicas intestinais e/ou alterações genitais. Informa cuidados higiênicos diários, com banho de aspersão pela manhã e a noite, o curativo no local de saída do cateter é feito sempre pela manhã, mas se houver necessidade é feito também a noite; as evacuações intestinais são seguidas de uma higiene íntima. Apresenta cabelos curtos e limpos, unhas curtas, limpas e mãos bem cuidadas; suas vestes são simples, mas limpas e confortáveis, evita usar roupas apertada e de tecido muito grosso.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADES E REPOUSO

Leva uma vida normal, faz as tarefas leves da casa, vai à rua fazer compras e pagamentos; faz viagens curtas para rever amigos e parentes; frequenta missas na igreja do bairro e participa normalmente da vida familiar; não é adepta de leituras. Tem sono tranquilo e repousante, dormindo cerca de 8 - 9 hs./noite; tem o hábito de repousar de 1 a 2 hs. após o almoço. O tratamento não lhe trouxe nenhuma limi-

tação, ao contrário, melhorou sua qualidade de vida, pois antes tinha problemas constantes de pressão arterial que quando subia muito provocava epistaxes frequentes, e agora sua pressão está controlada e os problemas desapareceram. Não faz grandes planos para o futuro, mas tem esperança de encontrar um bom homem e constituir família.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL

É tratada pela família onde trabalha como filha e se considera membro da mesma, que é formada por 7 adultos; o relacionamento entre eles é excelente; não sabe o total da renda familiar, mas informa que vivem com tranquilidade e que nada lhes falta. Não existe uma afinidade maior com um membro específico da família, todos são queridos e a tratam com carinho e atenção. Duas de suas "irmãs" foram treinadas para fazer as trocas das bolsas e pouco tempo depois, observando as técnicas, aprendeu e começou, ela mesma, a desenvolver seu auto-tratamento; sem ter recebido nenhum treinamento do Centro Nefrológico, assumiu inteira responsabilidade pelo seu auto-tratamento. Apresenta conhecimento técnico básico para realizar a troca das bolsas e o curativo, mas desconhece os fatores de risco, as possíveis complicações médicas da CAPD, suas causas e como agir na presença da mesma. Não se sente discriminada pela família, nem pelos amigos; é uma pessoa normalmente caseira, calma, que gosta de desenvolver atividades domésticas; diz não ter tempo de sentir solidão. Gostava muito de dançar nos finais de semana, mas desde que iniciou o tratamento deixou de frequentar o clube vizinho da sua casa, por medo de apresentar problemas no cateter.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Apresenta bom aspecto físico, boa aparência higiênica. É uma mulher jovem, com boa postura corporal, deambula com desenvoltura e agilidade; aparenta simplicidade no vestir e na maneira de ser, fala pausada e calma; é uma pessoa simpática e cativante, realista diante da vida e de sua situação de saúde. Demonstra muito interesse em saber o porquê das coisas, principalmente quando o assunto é CAPD. Com relação aos sinais vitais: PA= 100 X 90 mmHg, P= 78 bat./min. e R= 22 inc/min., mede 1,40 mts de altura, 40 Kg é seu peso cheio e 38 Kg seu peso seco. Relata que "tem uma veia que não circula bem o sangue no coração", mas depois que começou a fazer a CAPD não apresentou mais nenhum problema e que até a hipertensão que era frequente, regularizou. Quanto ao funcionamento dos sistemas respiratório, músculo-esquelético e reprodutor n.d.n.. Recebe benefício do INAMPS que mantém todos os custos do tratamento e está aguardando sua aposentadoria. Faz acompanhamento mensal periódico no Centro Nefrológico para realização dos exames laboratoriais de rotina e a troca mensal do equipo de transferência, mas sempre que surge alguma necessidade procura orientação e apoio da equipe nefrológica. De forma geral, participa de todos os assuntos da família, mas "os filhos" não participam das decisões mais sérias.

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM-ESTAR

Possui boa visão, assim também como audição, olfato, paladar e tato; apresenta boa coordenação motora e boa capacidade de aprendizado; seu comportamento é cooperativo e expansivo, apesar de tímida. A família reside em uma casa grande e espaçosa, bem localizada, próxima ao mar, com boa aeração e iluminação; a casa possui 4 quartos, 3 ba-

nheiros, 1 copa, 1 cozinha, 1 sala grande, 1 sala de TV e som, área de serviço, quintal, garagem e jardim; além disso tem um pequeno apartamento conjugado com 1 quarto, 1 banheiro e cozinha que é onde ela mora. As paredes são de tijolo, rebocadas, com pintura limpa; as redes de água e eletricidade são da CASAN e da CELESC, respectivamente; as instalações sanitárias são no sistema de fossa; possuem todo tipo de eletrodomésticos desde a máquina de lavar roupas até o vídeo-cassete e o único animal doméstico é um cachorrinho "pink" que nunca tem acesso ao seu apartamento. A casa é própria, possuem carro e telefone. As bolsas são armazenadas em prateleiras no seu quarto que é bem arejado e recebe iluminação solar; a troca das bolsas é feita também no seu quarto, cujo ambiente é simples, sem luxo, mas aparenta aspecto higiênico impecável. Abandonou o tabagismo há 9 meses, nega etilismo e alergias.

B - DE DESENVOLVIMENTO

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO

Os exames laboratoriais são feitos mensalmente, bem como a troca do equipo de transferência; segue o acompanhamento ambulatorial de acordo com as rotinas do Centro Nefrológico. Apesar de nunca ter recebido treinamento específico, é responsável por suas ações terapêuticas de auto-cuidado e embora não conheça a fundamentação científica e as possíveis complicações médicas, desenvolve os procedimentos de troca das bolsas de forma competente e segura, assim também, realiza os curativos e os controles de líquidos, de peso, temperatura e pressão.

B.2 - PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO

Informa não ter tido problemas adaptativos com o novo estilo de vida, principalmente porque antes de iniciar o tratamento tinha sérios problemas de anemia e de pressão alta, e que depois que iniciou a CAPD, nunca mais teve nada. Adaptou-se bem à rotina das 4 trocas/dia e às visitas ao Centro Nefrológico; não houve alteração da sua condição econômica, segurança ocupacional, nem do seu status; o que mudou foram seus hábitos sexuais, pois desde então nunca mais namorou nem saiu com nenhum rapaz, e sua adaptação social, deixou de frequentar os bailes, mas já pensa em retornar às suas atividades sociais de antes.

C - DE DESVIO DE SAÚDE

C.1 - RELATIVOS À HISTÓRIA DA DOENÇA

Informa que começou inchando muito, tinha dores de cabeça, pressão alta, sangrava pelo nariz, tinha anemia e coceira no corpo. Em fevereiro foi internada com quadro de pneumonia e permaneceu no hospital durante 4 meses, neste período diagnosticaram a I.R.C.; realizou vários tipos de exames e chegou a ir para a U.T.I., por complicações cardíacas, onde realizou 8 sessões de D.P.I.. Enquanto estava hospitalizada e já sabendo do seu diagnóstico, conheceu o processo de tratamento por hemodiálise e os médicos lhe informaram da possibilidade de fazer CAPD. Como tinha experiência com a DPI e conheceu as máquinas de hemodiálise, então optou pela CAPD. No período que ficou recuperando seu estado geral no hospital, suas duas "irmãs" foram treinadas pela enfermeira do Centro Nefrológico para realizar as suas ações de autocuidado terapêutico. Quando soube da sua condição de portadora de uma doença crônica que exigia cuidados por toda vida, sua preocupação

maior foi com relação ao trabalho, pois como ela mesma diz: "trabalhei a vida toda, desde os 7 anos de idade e agora ter que parar, não ia me acostumar". Mas logo percebeu que mesmo em tratamento tinha condições de levar uma vida normal "pensei que ia ser pior, depois que eu comecei a fazer CAPD o que mudou foi ter que ir ao hospital todo mês, fazer as trocas das bolsas e não fazer trabalhos pesados. Todos os problemas que eu tinha sumiram, hoje como de tudo, posso beber líquidos, não tomo mais tanto remédio, durmo bem e a pressão ficou normal". Em 16/06/80 fez o implante do cateter e começou o tratamento, em menos de dois meses depois assumiu a responsabilidade pelo seu auto-tratamento e nunca apresentou nenhum tipo de complicação.

C.2.1 - ASPECTOS MOTIVACIONAIS

A sua opção por CAPD foi uma decisão própria, teve experiência com a DPI e conheceu a hemodiálise na sala de rim. Demonstra extremo interesse pelo funcionamento do seu corpo; e definiu a CAPD como "um milagre", considera-se responsável pelo sucesso do seu tratamento e reconhece a importância do apoio que recebe da equipe nefrológica, pois sabe que pode contar com o apoio da mesma, a qualquer momento.

C.2.2 - ASPECTOS FÍSICOS

A presença do cateter, da bolsa e do líquido intra-abdominal não a incomoda, os cuidados com o cateter e com o orifício de saída são feitos diariamente, assim como a higiene corporal. Utiliza o sistema de troca de bolsa três vezes ao dia e uma vez a noite, as bolsas são aquecidas por calor seco (cobertor elétrico); obedece as rotinas do Centro para os exames médicos, laboratoriais e troca de equipo de transferência.

C.2.3 - ASPECTOS COGNITIVOS

Apesar de ser auto-suficiente em seu auto-tratamento, a cliente não recebeu treinamento adequado para tal; conhece apenas os procedimentos técnicos, mas desconhece os fatores de risco, as complicações médicas, as medidas preventivas e conduta terapêutica dos mesmos.

III - PROCESSO DE ENFERMAGEM

1ª FASE: INTELLECTUAL				2º PASSO		3ª PASSO			11ª FASE: PRÁTICA								
DIAGNÓSTICO		E PRESCRIÇÃO		ANÁLISE		CLASSIFICAÇÃO		ANÁLISE		PLANEJAMENTO		IMPLEMENTAÇÃO		ASSISTÊNCIA		CONTROLE E AVALIAÇÃO	
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO	AÇÕES DE ENFERMAGEM	MODO DE DESENVOLVIMENTO	1ª VISITA	2ª VISITA						
1- Equilíbrio ambiental	1- Exigência Universal	1- Todo ser humano tem necessidade de equilíbrio entre o relacionamento e a interação social, para o desenvolvimento de uma vida saudável, e o cliente renal crônico em CAPD não foge à regra. É fundamental que este tenha uma vida o mais próxima possível dos parâmetros da normalidade, para que ele possa se manter motivado a continuar desenvolvendo suas ações terapêuticas de A.C., responsáveis pela continuidade, em termos qualitativos e quantitativos, de sua vida. A cliente em estudo apresenta condições físicas, emocionais e ativacionais para o desenvolvimento de suas ações contínuas de A.C., no entanto, vem se privando de contatos sociais deixando inclusive de realizar atividades prazerosas, como p.ex.: dançar e namorar e, com isso, fica recolhida ao lar, mantendo contatos apenas com familiares e uns poucos amigos.	1- Sistema de Suporte Educativo	1- Enfermeiro e cliente concordam com a necessidade de reverter a situação, pois reconhecem a importância das atividades sociais na vida de todo ser humano.	1- A cliente reconhece o seu recalcamento; inicialmente deu-se por acerto, receio de não ser aceita entre os amigos, mas que agora, depois de uma maior adaptação ao seu novo estilo de vida, percebe que seus receios eram infundados e que tem condições de manter a mesma vida que sempre levava antes de adoecer. Compreendeu-se que participará das festas natalinas do seu bairro e que voltará a procurar os amigos. E que vai buscar apoio junto com a enfermeira do Centro Nefrológico para voltar a frequentar a praia e tomar banho de mar. O enfermeiro reforçou e estimulou seu comportamento.	1- análise da situação específica do cliente. 1- orientação quanto à importância em manter atividades sociais e recreativas para o equilíbrio saudável entre o corpo e a mente. 1- estímulo à prática de atividades saudáveis e de lazer para uma retomada ao ritmo de vida interrompido pelo processo patológico	1- Atendimento dentro do sistema de suporte-educativo o la principal interessado amigos e já tem programação para as festas de fim de ano. reforçou a importância do desenvolvimento das atividades positivas da cli-estímulo para voltar às suas atividades sociais.										

1ª FASE: INTELECTUAL				IIª FASE: PRÁTICA			
1º PASSO		2º PASSO		3º PASSO			
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO		PLANEJAMENTO		ASSISTÊNCIA			
DEFICIT	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	CLASSIFICAÇÃO	ANÁLISE	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO	CONTROLE E AVALIAÇÃO
						AÇÕES DE ENFERMAGEM	MODO DE DESENVOLVIMENTO
12- Aspectos: 12- Exigência 12- Para o sucesso do tratamento de CAPD é fundamental que o cliente tenha conhecimento técnico e científico acerca do mesmo e de suas possíveis complicações, pois só assim terá discernimento para prevenir e/ou atuar diante de imprevistos que podem levar a complicações mais sérias. A cliente possui apenas conhecimento do mínimo indispensável para o desenvolvimento de suas ações terapêuticas, ficando impotente diante de situações que fuja de sua rotina.	12- Sistema de 12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Sistema de 12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.	12- Enfermeiro e cliente 12- Cliente solicitou o auxílio do enfermeiro em relação às orientações e ensinamentos necessários para o conhecimento, prevenção e tratamento das complicações técnicas e médicas da CAPD. O enfermeiro concordou e se comprometeu em elaborar um guia de orientações que a auxiliasse no aprendizado das ações terapêuticas do déficit detectado.

ANÁLISE, DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Antes de entrarmos na comparação e discussão da realidade da situação encontrada com os conceitos do marco conceitual e o processo de enfermagem elaborados, faz-se necessário analisarmos alguns estágios desenvolvidos durante a nossa caminhada desde o início da elaboração de todo o estudo até a sua implementação na prática. Para um melhor entendimento, apresentaremos, sequencialmente, as facilidades, dificuldades, adaptações e modificações feitas nos conceitos do marco e no processo de enfermagem, em seguida faremos a comparação e discussão da realidade da situação encontrada com os conceitos do marco e do processo de enfermagem e, por fim, as recomendações.

I - ANÁLISE

A - FACILIDADES:

- Temos desenvolvido durante o curso de mestrado:

• a disciplina "Estudo Independente I", onde realizamos uma revisão literária acerca da assistência de enfermagem a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Este trabalho nos propiciou uma ampla visão acerca dos problemas desencadeados pelas patologias crônico-degenerativas e nos estimulou no direcionamento do cliente renal crônico;

trabalhos curriculares utilizando a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, tanto no desenvolvimento dos conceitos preconizados pela autora, como na assistência a pacientes hospitalizados. Isso nos assegurou certa familiaridade com os trabalhos da autora e nos ajudou, principalmente, na elaboração do marco conceitual;

- Termos realizado treinamentos prévios junto aos laboratórios Travenol e Hiplex, responsáveis pela assistência aos pacientes do Centro Nefrológico do H.G.C.R., sobre os procedimentos teóricos necessários à introdução e manutenção do cliente de CAPD. Através destes treinamentos, adquirimos conhecimentos teóricos e práticos quanto às potencialidades pertinentes a cada um dos sistemas de assistência;
- Termos participado, junto com a enfermeira do Centro Nefrológico do H.G.C.R., do programa de treinamento e de implante de cateter de alguns dos clientes assistidos naquela Unidade Renal. Desta forma, pudemos nos familiarizar com a metodologia de treinamento, assistência e acompanhamento utilizados para o programa de CAPD.
- Termos visitado durante duas semanas alguns Centros Nefrológicos em São Paulo e, junto com as enfermeiras das unidades renais, ter participado e observado os trabalhos por elas desenvolvidos na assistência aos clientes em CAPD. Durante esse período mantivemos, também, contatos com profissionais da área médica e juntos, médicos e enfermeiros, discutimos e analisamos dados encontrados na bibliografia estudada;

- Atuarmos como docente na nossa Instituição de origem, onde desenvolvemos o ensino da prática assistencial através da operacionalização do processo de enfermagem, de acordo com Vanda Horta, em cumprimento do programa curricular da disciplina de enfermagem médica.
- Termos participado do I Congresso Latino-Americano de Diálise Peritoneal, XIV Congresso Brasileiro de Nefrologia e IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Nefrológica, realizados em novembro de 1988 na cidade de Florianópolis - SC., oportunidade em que tivemos acesso a bibliografia atualizada e contatos com profissionais da área, não só do Brasil, como também do exterior.

B - DIFICULDADES:

- Escassez de bibliografia. Toda a bibliografia utilizada foi conseguida através dos laboratórios que atuam na área, mas para tanto, tivemos que ir varias vezes a São Paulo, realizar exaustivas buscas em seus arquivos de textos, slides e fitas de vídeo cassete.
- Estarmos realizando um trabalho duplamente pioneiro: primeira dissertação de mestrado com proposta de operacionalizar na prática uma teoria de enfermagem e também, primeira dissertação de mestrado dirigida à assistência do cliente renal crônico em CAPD;
- Elaborar metodologicamente o processo de enfermagem com base em Orem, isso porque a autora é um tanto quanto complexa na descrição do processo que propõe, além de que, não apresenta nenhum exemplo prático operacionalizando o que expõe;

- Termos interrompido durante um ano o curso de mestrado. Se a decisão de trancar a matrícula foi difícil, muito mais complicado foi a decisão de retornar e recomeçar do ponto em que paramos;
- Resistência inicial da enfermeira do Centro Nefrológico do H.G. C.R. quanto ao fato de uma enfermeira docente estar se propondo a desenvolver um trabalho assistencial numa área tão pouco explorada;

C - ADAPTAÇÕES E MODIFICAÇÕES

- O instrumento utilizado para o levantamento de dados sofreu algumas adaptações e/ou modificações na fase de pré-texto, quais sejam:
 - . no item A.7, referente ao FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL, transferimos o sub-item "condições habitacionais" para o item A.8 antes do sub-item "condições ambientais" por entendermos que assim manteremos a sequência lógica da entrevista;
 - . no item A.8, referente a PREVENÇÃO DE RISCO A VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM-ESTAR, suprimimos o sub-item "sistema-cardiovascular ... reprodutivo" por já ter sido investigado no item A.7
 - . Os itens B.1 e B.2 referentes às EXIGÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO, de certa forma são referidos pelos clientes ao serem investigados os itens anteriores, mas achamos importante mantê-los, porque nesse momento eles são respondidos diretamente e não como complemento de alguma outra questão, e para que o enfermeiro tenha condições de aprofundar as questões, caso ache necessário.

- . no item C.2, "ASPECTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO POR CAPD", alteramos a ordem dos dois primeiros sub-itens colocando como C.1.1 "aspectos motivacionais" e C.2.2 " aspecto físico" por, entendermos ser essa a sequência mais lógica.
- . no sub-item C.2.3, "aspectos cognitivos", reformulamos a pergunta "qual é a solução hipertônica?" para "qual a solução que puxa mais água?" para facilitar o entendimento do cliente; e suprimimos as questões "como se chama o primeiro número da P.A.?" e "e o segundo número?" por achá-los desnecessários. Entendemos que o importante é o cliente saber verificar a P.A. reconhecer suas alterações e o que fazer caso elas ocorram.
- . na terceira e última parte do instrumento, que é a esquematização global de todas as etapas do processo de enfermagem utilizado, alteramos a sua forma de modo a adaptá-la aos passos desenvolvidos na operacionalização do mesmo.

D - LIMITAÇÕES

Neste estudo não tivemos como objetivo avaliar com profundidade nenhum dos conceitos do marco de Orem, quais sejam: demanda terapêutica para o auto-cuidado, competência do indivíduo para o auto-cuidado e competência da enfermagem para o auto-cuidado. Reconhecemos a importância de cada um deles e entendemos que estudos futuros poderão ser desenvolvidos com este objetivo. Portanto, nos limitamos apenas na elaboração e operacionalização de um marco conceitual e de um processo de enfermagem direcionados à assistência do cliente em CAPD.

II - DISCUSSÃO

"O marco conceitual deve ser concebido como abstração daquilo que entendemos como necessário à consecussão de metas e propósitos tangíveis ao profissional, no âmbito da prática de enfermagem. Prática substantiva, fundamental na busca de conhecimento, no exercício da arte, na utilidade vivencial da missão, missão de ajudar as pessoas a aprenderem a ajudar-se" (Carvalho e Castro, 1985). Nada mais abstrato e ao mesmo tempo mais objetivo que os trabalhos desenvolvidos por Orem. Abstrato porque a autora descreve teoricamente toda uma metodologia de assistência, mas em nenhum momento apresenta a operacionalização prática do que preconiza, e objetivo porque descreve a arte essencial de metas e propósitos na missão de ajudar às pessoas a se ajudarem. Foi através da união destes contrastes, abstração e objetividade, que organizamos nosso conhecimento, através da elaboração de um marco conceitual e de um processo de enfermagem e os direcionamos para a prática.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem valoriza o ser humano, pois ressalta suas capacidades em benefícios próprios, ou de outros. Ela percebe a enfermagem como um serviço de ajuda, uma estrutura de apoio para estimular as potencialidades de cada indivíduo para o auto-cuidado, frente a quaisquer situações, sejam de rotina ou de risco. Em toda dinâmica do auto-cuidado, o indivíduo tem sua parcela de responsabilidade para consigo mesmo; ele está sempre sendo estimulado a tornar-se cada vez mais competente em suas ações, isto é, cada vez mais independente da enfermagem. Além disso, é o próprio indivíduo, através da interação enfermeiro-cliente, sob a forma de contrato, com objetivos e benefícios mútuos, que irá deliberar sobre suas neces-

sidades.

O conceito de auto-cuidado de Orem é emergente, atual e capaz de levar o indivíduo ao desenvolvimento da integridade estrutural humana, o que para o cliente deste estudo é de fundamental prioridade, pois refletido em sua motivação, interesse e senso de valor próprio, está a qualidade e quantidade de vida que desenvolverá.

A utilização de uma metodologia que fundamente as ações do profissional de enfermagem na assistência ao cliente renal crônico em tratamento por CAPD, oferece caminhos, tanto ao profissional quanto ao cliente, seguros e auspiciosos ao alcance dos objetivos desejados.

O tratamento por CAPD é um avanço médico recente e que promete crescer muito em termos de qualidade de assistência. Por outro lado, um novo caminho alternativo de assistência está sendo descoberto pela enfermagem: as Teorias de Enfermagem. Não que estas sejam recentes, mas a operacionalização dos seus conceitos e de suas propostas de assistência direcionando a prática é uma tendência para a otimização do "assistir", fundamentado no domínio de competências previstas no perfil do enfermeiro e do cliente, de forma a garantir qualidade e consistência nas ações terapêuticas empregadas e assimiladas. Diante disso, o enfermeiro não pode, e não deve, ficar limitado apenas a seguir o que é determinado pelas linhas de produtos distribuídos pelos laboratórios, pois possui um potencial inesgotável de capacidades e conhecimentos para desbravar e trilhar novos caminhos, na busca de conquistas em prol, não apenas de melhor assistência, mas também do desenvolvimento e aprimoramento das potencialidades humanas.

Não temos conhecimento de nenhum outro estudo com a proposta que desenvolvemos, e acreditamos ter dado o passo inicial no caminho

certo. Destacamos agora, os quatro principais conceitos descritos por Orem, que fundamentaram nossa prática assistencial, fazendo um paralelo entre estes, a bibliografia estudada e sua operacionalização frente a clientela escolhida. São eles: (1) auto-cuidado; (2) competências do indivíduo para o auto-cuidado; (3) demanda terapêutica para o auto-cuidado; e (4) competência da enfermagem para o auto-cuidado.

(1) Auto-cuidado:

Orem é abrangente, pois a forma como conceptualiza a ação de auto-cuidado, extrapola os limites do "eu" e do "auto", transportando as atividades desenvolvidas em benefício próprio, para assegurar e manter a vida, o bem-estar e a saúde, também de outrem, promovendo o funcionamento e o desenvolvimento da integridade estrutural humana e objetivando tornar o indivíduo o mais independente possível em seu auto-cuidado diário e/ou terapêutico.

Vimos, na revisão da literatura, que a causa da doença básica ou os fatores que possam influenciar na sobrevida do cliente, são utilizadas como critérios de seleção para indicação do cliente para o programa de CAPD (Sorrels, 1981 e Ramos, 1983). Entretanto, ao assumir a responsabilidade do seu auto-tratamento, o cliente deve apresentar uma boa aceitação emocional da doença, diminuir sua auto-depreciação e tanto o stress como os ressentimentos devem ser mínimos, pois segundo Burton et alii (1981), os fatores motivação e interesse do cliente podem determinar o sucesso ou insucesso do tratamento. Também o enfermeiro, ao realizar a avaliação inicial do cliente, além das habilidades psicomotoras, capacidade de aprendizado e acuidade visual, observa principalmente a motivação do cliente/família para o tratamento (Ma-

nual Travenol,² Manual Hiplex, Manual de Procedimentos da Unidade Renal do H.G.C.R.: CAPD). Isso porque, segundo Zappacosta e Perras (1984), qualquer uma das capacidades físicas, mentais, cognitivas ou motoras podem ser desenvolvidas, adaptadas e até mesmo substituídas, uma vez que na ausência (total ou parcial) de uma dessas características, membros da família podem ser treinados para desempenhar as ações terapêuticas necessárias, com e/ou pelo cliente. O mesmo não ocorrendo com a motivação e interesse, esses são intrínsecos da personalidade do indivíduo, podendo até ser estimulados, mas jamais substituídos.

Os dados apresentados nos três processos de enfermagem que ilustram este trabalho, demonstram que 02 dos 03 clientes assistidos são dependentes no atendimento de suas exigências de auto-cuidado: um por falta de condições físicas e acuidade visual e o outro, pura e simplesmente, por acomodação. Uma coisa que nos chamou atenção nesse segundo cliente, foi que, apesar de ser uma pessoa participativa, interessada e atenta, optou por delegar responsabilidades a sua esposa e acomodou-se no papel de receptor e expectador do seu próprio auto-cuidado. Mas, independente do tipo de dependência apresentada pelos clientes, a visão do auto-cuidado como ações desempenhadas não apenas em proveito próprio, mas também em benefício e em contribuição de outros, torna-se emergente e fundamental para os profissionais que objetivam uma metodologia e, mais que isso, uma filosofia norteadora de todo o processo assistencial desejado e/ou projetado.

(2) Competência do Indivíduo para o Auto-Cuidado:

Para Orem, a competência do indivíduo para o auto-cuidado é uma capacidade inerente do homem que se desenvolve acompanhando seu

ciclo vital é que varia, de indivíduo para indivíduo, de acordo com suas crenças, valores e atitudes, mas que pode ser aprimorada através do aprendizado de novos conhecimentos, métodos e atitudes positivas relacionadas ao auto-cuidado e a saúde.

O aprimoramento da competência do cliente renal em CAPD para o auto-cuidado se desenvolve durante o período de treinamento, onde o enfermeiro, através de aulas teóricas e práticas, busca desenvolver no indivíduo sua capacidade de aprendizagem para o desempenho das ações terapêuticas de auto-cuidado necessárias à sua iniciação, adaptação e manutenção no auto-tratamento. É um processo gradual e individualizado, onde o profissional deve considerar, além da capacidade de aprendizado, a história de vida de cada um deles separadamente (Manual Hixplex, Manual Travenol e Manual de Procedimentos da Unidade Renal do H.G.C.R.: CAPD). Segundo Ramos (1983), quanto melhor e mais criterioso forem os critérios de seleção e treinamento dos clientes, menores serão os problemas técnicos e as complicações médicas apresentadas pelos mesmos.

Neste estudo pudemos perceber que realmente as crenças, os valores e as atitudes do cliente estão diretamente relacionados com a sua competência em desenvolver o auto-cuidado terapêutico confirmando o que preconiza Orem, e ilustrado no exemplo descrito no III processo de enfermagem que apresentamos; e que, no aprendizado, a condição indispensável para que ele se concretize de forma satisfatória são as atitudes positivas do cliente, sua motivação, interesse e senso de valor próprio em relação à vida e à sua atual condição de saúde, pois sem estas características fundamentais, ele pode ter todas as condições físicas, mentais e cognitivas, mas não será um indivíduo compe-

tente no desempenho de suas ações terapêuticas de auto-cuidado.

(3) Demanda terapêutica do auto-cuidado:

De acordo com Orem, é a totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período, de modo a satisfazer suas exigências de auto-cuidado. A autora identifica três tipos de exigências de auto-cuidado: a) universais e b) de desenvolvimento, que são sentidas por todos os seres humanos no decorrer do ciclo vital e c) de desvio de saúde, que só são sentidas pelo indivíduo na ausência da saúde ou em certas situações especiais. É a partir do conhecimento destas ações requeridas de auto-cuidado, que o profissional terá condições de planejar suas ações terapêuticas de auto-cuidado para satisfazer as exigências do auto-cuidado do cliente, dentro de um certo grau de eficácia.

A demanda terapêutica requerida do cliente em CAPD, consiste em que ele desenvolva, consciente e competentemente, as trocas diárias (3 a 4 vezes ao dia) das bolsas para infusão do líquido dialítico, para a cavidade abdominal, de forma a prevenir o aparecimento de complicações técnicas que resultem em complicações infecciosas e/ou médicas, conforme descreveram Lewis (1981), Vas (1983), Amair et alii (1982), Baun et alii (1982), Oreopoulos et alii (1982), Riella (1983), Divino (1983), Lima (1983), Manual Travenol e Manual Hiplex. Além disto, o cliente tem que manter um excelente nível de higiene pessoal, nutricional e de hidratação, como também ser criterioso quanto ao equilíbrio das atividades desenvolvidas e o repouso, nas visitas ao Centro Nefrológico para os controles laboratoriais e de troca de equipo de transferência, conforme as rotinas do Centro onde é assistido, prevenindo-se assim, das possíveis complicações médicas e/ou infecciosas

descritas pelos autores acima citados, mas principalmente, das complicações metabólicas que foram abordadas nos estudos de Riella (1983) e Lima (1988). Desta forma, o cliente de CAPD estará satisfazendo as suas exigências terapêuticas de auto-cuidado, revertendo o quadro inicial de uremia presente em todos os indivíduos portadores de IRC e, assim, evitando a instalação dos efeitos sistêmicos da uremia, descritos por Lewis (1981), que apresentamos na fig. 01.

Observamos nos três exemplos apresentados, que os clientes por ações próprias, ou de outros, demonstram um nível muito bom, em termos de qualidade e quantidade, no desempenho das ações terapêuticas requeridas, para assistência das exigências terapêuticas que possuem. Um outro aspecto que para nós ficou claro, foi que: os déficits apresentados pelos clientes, ou seja, quando a demanda de ações terapêuticas não foi suficiente para satisfazer a exigência de auto-cuidado presente, poderiam ser evitadas através de um acompanhamento de enfermagem mais rigoroso e mais frequente, de visitas domiciliares mensais, de reciclagem de treinamento dos clientes e da utilização de uma metodologia fundamentada em princípios científicos direcionados à clientela, desde o momento da seleção, passando pelo treinamento e implante até o acompanhamento ambulatorial. A legislação brasileira estabelece o número de 01 enfermeiro para 12 clientes em CAPD (Ministério da Saúde, 1985), o que não corresponde a realidade do Centro Nefrológico onde desenvolvemos o estudo. Entendemos que isso esclarece, mas não justifica os déficits encontrados, uma vez que é reconhecidamente sabida a importância da qualidade do acompanhamento de enfermagem nos programas de CAPD (Sorkin, 1986).

(4) Competência da Enfermagem para o Auto-Cuidado:

Segundo Drem, é a capacidade que o enfermeiro possui para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo. Esta capacidade depende do conhecimento que o enfermeiro tenha das ciências, sua bagagem de experiência através da vivência diária, do domínio nos procedimentos da prática de enfermagem, do repertório de habilidades (sociais, interpessoais e de enfermagem) e do seu desejo de cuidar. A autora estabelece três tipos de sistemas de enfermagem para o auto-cuidado, e estes estão relacionados com a determinação dos déficits do indivíduo e a sua competência em desenvolver as ações requeridas, para satisfazer suas exigências de auto-cuidado.

Pudemos constatar, através da revisão da literatura, que não existem modelos de assistência em enfermagem dirigidos ao paciente em CAPD. Os enfermeiros nefrológicos que atuam na área, antes de iniciar os programas, são previamente treinados pelos enfermeiros dos laboratórios acerca dos "procedimentos standart" que determinam, de acordo com a linha de produto utilizado, a sequência técnica de assistência adequada para o treinamento do cliente, implante do cateter, troca de bolsas e rotinas de acompanhamento do cliente.

Para realização deste estudo, além da nossa bagagem de conhecimentos e experiência, adquiridos durante 10 anos de atuação como enfermeiro docente-assistencial, realizamos treinamentos prévios com enfermeiros de laboratórios e com a enfermeira da Unidade Renal onde atuamos. Participamos de congressos, seminários e encontros nefrológicos. Visitamos Unidades Renais que desenvolvem o método de CAPD e discutimos nossa proposta de trabalho com profissionais que atuam na área (enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais). Mas, antes

de tudo, realizamos uma revisão de literatura sobre doenças crônico-degenerativas, afunilando o nosso interesse para o cliente renal crônico, especificamente em CAPD. O objetivo disto foi desenvolver e aprimorar nossa competência para o auto-cuidado frente a clientela escolhida. Os processos de enfermagem que apresentamos como exemplos, retratam a realidade encontrada frente aos demais clientes estudados, no referente às ações terapêuticas de auto-cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro: todas as ações foram classificadas dentro do sistema de enfermagem de suporte-educativo, o que já prevíamos desde a elaboração do projeto de trabalho, devido as características próprias do método de tratamento e das condições que se exige do cliente/família antes de incorporá-los ao programa (Sorrels, 1981; Ramos, 1983; Burton et alii, 1981; Zappacosta e Perras, 1984; Vas, 1983; Amair et alii, 1982; Baun et alii, 1982; Oreopoulos et alii, 1982; Riella et alii, 1982; Divino, 1983; Manual Travenol e Manual Hiplex). Diante disso, o enfermeiro atuou como orientador, facilitador, regulador e provedor de conhecimentos e de meios, que facilitassem o desempenho das ações terapêuticas de auto-cuidado, de acordo com as capacidades de cada cliente.

Portanto, podemos dizer que a Teoria Geral de Enfermagem de Orem é operacionalizável na assistência ao cliente renal crônico em CAPD, desde que o profissional proceda as adaptações necessárias para o direcionamento de sua assistência, de modo a satisfazer as exigências específicas da patologia de sua clientela.

Finalizando, dizemos que os nossos objetivos foram plenamente alcançados e que consideramos oportuno o presente estudo na medida em que constitui, segundo nossa visão, um referencial de metodologia para o cliente em CAPD e, conseqüentemente, contribuidor para uma definição

de assistência para enfermagem nefrológica que, até o momento, limita-se a seguir orientações gerais fornecidas pelos laboratórios, sem se preocupar com o indivíduo enquanto unidade funcionando biopsicossocio-espiritual e cultural e portador de características pessoais e intransferíveis. Por outro lado, um segundo aspecto que consideramos importante é que este estudo constitui um marco na história da enfermagem, pois acabamos com a barreira de que as Teorias de Enfermagem são por demais complexas, abstracionistas e distantes da realidade assistencial e que, por isso, são inviáveis na prática. Entretanto, não cremos ter esgotado o tema. Orem oferece um vasto arsenal de caminhos à serem percorridos e a enfermagem tem plenas condições de desvendá-los na busca de novos horizontes para um "assistir" consciente, que valorize o homem no seu todo e não apenas como um indivíduo com comprometimento patológico em alguma parte do seu organismo.

III - RECOMENDAÇÕES

As recomendações decorrentes do estudo foram divididas em três tipos: para a pesquisa, para o ensino e para a assistência, senão vejamos:

(1) Pesquisa

- que se incentive a realização de pesquisas utilizando as diversas teorias de enfermagem existentes, como fundamentação teórica e prática na assistência de enfermagem;
- que a Teoria Geral de Enfermagem de Orem seja usada como marco de referência para o desenvolvimento de novas pesquisas direcionadas à assistência do cliente renal crônico em suas diversas

modalidades de tratamento.

(2) Ensino

- que os cursos de graduação em enfermagem sejam atualizados e onde não existam: a) ensino da assistência de enfermagem ao cliente renal crônico em CAPD, baseados em marcos conceituais de enfermagem, que este seja iniciado; e b) ensino das teorias de enfermagem e/ou marcos conceituais, que seja estimulada a sua utilização nos mais diversos campos de assistência;
- que os cursos de pós-graduação estimulem a utilização e elaboração de marcos conceituais nos seus trabalhos acadêmicos e nas dissertações, fornecendo subsídios adequados para que estes possam ser desenvolvidos e testados;
- que os cursos de graduação e pós-graduação desenvolvam e implementem estratégias de integração docente/assistencial, objetivando ligação da teoria à prática;
- que sejam criados cursos de especialização em enfermagem nefrológica, visando a preparação e o aprimoramento de profissionais qualificados na área, a fim de associar a teoria à prática na assistência ao paciente nefrológico.

(3) Assistência

- que o marco conceitual e o processo de enfermagem que utilizamos, sejam adaptados e utilizados como metodologia de assistência para o cliente em CAPD, desde a sua fase de seleção até o acompanhamento ambulatorial;

- que os enfermeiros assistenciais estabeleçam rigorosos critérios de seleção para o cliente em CAPD, partindo do princípio que a motivação e o interesse destes, são fatores preponderantes para o sucesso do tratamento; que estes critérios sejam devidamente fundamentados em bases científicas; e que, salvo excessões, nenhum cliente que deixe de preencher os requisitos pré-estabelecidos, sejam incorporados ao programa;

CONCLUSÕES

Em decorrência da nossa experiência prática em implementar a assistência de enfermagem a clientes em tratamento de CAPD, através da operacionalização do marco conceitual e do processo de enfermagem elaborados de acordo com o que preconiza Dorothea Orem em sua Teoria Geral de Enfermagem, podemos concluir que:

- 1 - houve adequação do marco conceitual às diversas situações em todos os clientes estudados;
- 2 - o processo de enfermagem foi operacionalizável, fornecendo ao enfermeiro um instrumento prático e eficiente no direcionamento das ações terapêuticas necessárias à assistência de cada cliente a partir de suas histórias de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, Maria A., Aplicação da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem aos residentes do Centro Vivencial dos Idosos de Florianópolis. UFSC. 1987 (mimeografado)
- AMAIR, Pablo, et alii. CAPD in Diabetics with end-stage renal disease. N. Engl. J. Med. 1982 mar. 306:625:630
- BAUN, Michel, et alii. CAPD in Children. N. Engl. J. Med. 1982 dec, 307 (25):1537-1542
- BROMLEY, Barbara. Applying Orem Self-Care Theory in Enterostomal Therapy. Am. J. Nursing. 1980 feb, 80(2):245:249
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH D.S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Interamericana, Rio de Janeiro. 4ª ed. 1982
- BURTON. Harward J., et alii. Adaptation to CAPD: Psycological factors. The University of Western Ontario, Canada. 1981 (mimeografado)
- CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental - Um ponto de vista. REBEN. Brasília. 1985, 38 (1): 76-86.
- CRAIG, H.M., et alii. Adaptation in Chronic Illness: an eclectic model for nurses. J.Adv.Nurs. 1983 sep, 8(5):397-404
- DIVINO, José C. Complicações Médicas em CAPD. Hospital São Severino. Sorocaba, S.P. In: 1º Simpósio Nacional de CAPD, Curitiba-PR, 1983
- DUARTE, Dulce A.B.. Causas de Drop out em CAPD. In: IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Nefrológica, Florianópolis-SC, 1988
- FARRERAS, Rozman, et alii. Medicina Interna. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 9ª ed., 2V, 1978

- FELDMAN, D.J., Chronic Desabling Illness: a holistic view. J. Chronic Dis. 1974, 27:287-291
- GREEN, J.M., et alii. Fisiologia Clínica Básica. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 3ª ed. 1983
- GUIMARÃES, A.L.A, Marco Conceitual para a Prática de Enfermagem. UFSC.1986 (mimeografado)
- HORTA, Wanda., Enfermagem: Teoria, conceitos, princípios e processo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 1974, 8 (1): 7-15
- KEANE, Willian, Melhores Práticas Demonstradas: Experiência Mundial. In: 1º Congresso Latino-Americano de Diálise Peritoneal. Florianópolis-SC. 1988
- KING. I.M., A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. New York, John Wiley, 1981
- LARGE, Beryl, Treatment of renal disease, haemodialysis. Nurs Time. 1972 oct. 68(12):1064-1086
- LEVIN, L.S., Patients education and self-care: how do they differ? Nursing Out Look. New York. 1978 mar, 26 (3): 170-175.
- LEWIS, Sharon M., Fisiopatologia da Insuficiência Renal Crônica. Clin. Enf. Am Norte. Interamericana, Rio de Janeiro. 1981 set, 501-515
- LIMA, Nara M.O., Complicações em CAPD. In:IV Congresso Brasileiro de Enfermagem Nefrológica. Florianópolis-SC, 1988
- LÓPEZ, Mário, Tratamento Intensivo. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2ª ed. 1975
- MANUAL DE PROCEDIMENTOS DA UNIDADE RENAL DO HGCR: CAPD. Florianópolis SC (datilografado)
- MANUAL DE TREINAMENTO HIPLEX: Procedimento para CAPD Hiplex SA. Labo-

ratório de Hipodermia (impresso)

MANUAL DE TREINAMENTO TRAVENOL: Procedimento para CAPD Travenol Industrial e Comercial Ltda - Divisão de Órgãos Artificiais (impresso)

MARCONDES, Marcelo, et alii. Clínica Médica, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2ª ed, 1979

MELEIS. Afaf, Theoretical Nursing Development of Progress. Philadelphia. JB Lippincott, 1985, 284-293

MENDES, I.A.C. et alii, A necessidade de aprendizagem em pacientes crônicos. Enf. Atual, 1981 jul-ago, 18:4-7

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SNPES E DNDCD. Controle das doenças crônico-degenerativas na rede de serviços de saúde. Brasília-D.f., 1987 abr. 64p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Ordem de Serviço do INAMPS nº 87/85, de 14 de março de 1985. Brasília - DF, 1985. 6 p.

NEVES, Eloita P., Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem. UFSC, 1981 (mimeografado)

-----, Reflexões acerca dos conceitos de Auto-cuidado e Competência/Poder para o Auto-cuidado. UFSC, 1987 (mimeografado)

NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. Concept formalization in nursing: process and product. Boston, Little Brown and Company, 1979, 90-106

ONDERDELINDER, Vera, Experiência da CAPD na Europa. In: Workshop CAPD. IV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Florianópolis-SC. 1988

OREM, Dorothea E., Nursing: Concepts of Practice. New York. McGraw-Hill Book Company, 1980

- , Nursing: Concepts of Practice. New York. McGraw-Hill. Book Company, 1985
- OREOPOULOS, Dimitrius G., et alii, CAPD-1981. Nefron. 1982, 30:293-303
- PHILLIPS, Kimara, Psychological effects of chronic renal failure. Nurs Time. 1986 may, 28:56-57
- PROWANT, Bárbara, Peritoneal Dialysis in University of Missouri. Columbia. In: IV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia. Florianópolis-SC, 1988
- , Procedimentos em CAPD. In: 1º Simpósio Nacional de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. Curitiba-PR. 1983.
- RAMOS, José M.G., Seleção de Pacientes em CAPD. Sociedade Portuguesa de Beneficência. Pelotas-RS. In: 1º Simpósio Nacional de CAPD. Curitiba-PR, 1983
- RIELLA, Miguel C., Complicações Metabólicas em CAPD. Hospital Evangélico de Curitiba. In: 1º Simpósio Nacional de CAPD. Curitiba-PR. 1983
- RIELLA, Miguel C., et alii, CAPD: Experiência Preliminar. J. Bras. Nefrol. 1982 mai, 4(2):45-52
- ROMÃO JR. João E., & BEVILACQUA, José L., Melhores Práticas Demonstradas: Experiência Brasileira. In: 1º Congresso Latino-Americano de Diálise Peritoneal. Florianópolis-SC, 1988
- SABAGA, Emil, & VASCONCELOS. E., Insuficiência Renal Aguda. Savier. São Paulo, 1970, 94-138
- SANTOS. Evanguelia K.A. dos, Instrumento de levantamento de dados - Assessment - para um banco de leite humano e CIAM, baseado na Teoria do Auto-cuidado, UFSC. 1988 (mimeografado)
- SCHOR, Nestor., Diálise Peritoneal: Perspectivas para o futuro. In:

IIº Encontro Paulista de Nefrologia. Santos - SP. 1989.

SESSO, Ricardo, et alli, Custo-Efetividade do Tratamento da Insuficiência Renal Crônica Terminal no Brasil. J. Bras. Nefrol. 1987 set, 9(3):45-54

SORKIN, Michael, Experiência em CAPD e Transplante. Universidade de Pittsburg, Pensylvania. USA. In: Atualidades em Diálise, boletim 8/86

SORRELS, Alice J., Diálise Peritoneal: Uma redescoberta. Clin. Enf. Am Norte. Interamericana. Rio de Janeiro, 1981 set, 517-533

TAMLYN, D., et alii, Learning from the family. Nurs Mirror. 1983 oct 26, 152(17):20-22

TYNDALL, M.G., Insuficiência Renal Crônica: Tendências passadas e futuras. Clin Enf Am Norte. Interamericana. Rio de Janeiro 1981 set, 487-499

VAS, Stephen I., Microbiologic aspects of chronic ambulatory peritoneal dialysis. Kidney Int. 1983, 23:83-92

VIEIRA, Terezinha T., Importância da Imagem Corporal na Prática de Enfermagem. Salvador-BA. 1976 set (tese livre docência EEUFRJ)

ZAPPACOSTA, Anthony R. & PERRAS, Susan T., Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. Philadelphia. JB Lippincott. 1984

ZINN, Alice, A self-care program for hemodialysis patients based on Dorothea Orem concepts. J. Nephrology Nursing, 1986 mar-apr; 65-77.

ANEXO I

EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

Orem, 1980:42-51 e 1985:90-99

Universais

1. Manutenção de um influxo permanente de ar
2. Manutenção de um influxo permanente de água
3. Manutenção de um influxo suficiente de alimentos
4. Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção
5. Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso
6. Manutenção do equilíbrio entre o recolhimento e a interação social
7. Prevenção de ameaças à vida, ao funcionamento e ao bem estar humano
8. Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro de grupos sociais e promoção de sua normalidade de acordo com o potencial humano como conhecimento de suas limitações humanas e desejo de ser normal

De desenvolvimento

1. Criar e manter condições de vida que suportam os processos de vida e promovem os processos de desenvolvimento, isto é, progresso humano em direção a níveis mais altos da organização de estruturas humanas e com direção à maturação durante: (a) os estágios intra-uterinos de vida e o processo de nascimento, (b) o estágio neonatal de vida quando nascido a termo ou prematuramente e nas-

cido com peso normal ou baixo peso, (c) infância, (d) os estágios desenvolvimentais da infância, (e) entrada na fase adulta, e (f) gravidez, tanto na adolescência quanto na fase adulta.

2. Provisão de cuidado, seja para evitar a ocorrência de efeitos deletérios de condições que podem afetar o desenvolvimento humano, seja para mitigar ou superar estes efeitos de condições tais como: (a) privação educacional, (b) problemas de adaptação social, (c) falhas em individualização saudável, (d) perda de parentes e/ou amigos, (e) perda de possessões e de segurança emocional, (f) mudança abrupta de residência para um ambiente não familiar, (g) alteração no "status", (h) má saúde ou incapacidade, (i) condições opressivas de vida, e (j) doença terminal e morte eminente

De desvio de saúde

1. Buscar e assegurar assistência médica apropriada no evento de exposição a agentes físicos e biológicos específicos, ou condições ambientais associadas com eventos e estados patológicos humanos ou quando há evidência de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas que possam produzir ou estar associadas com a patologia humana.
2. Estar atento aos efeitos e resultados de estados e condições patológicas, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento
3. Desempenhar efetivamente medidas diagnósticas terapêuticas e de reabilitação prescritas, dirigidas à prevenção de tipos específicos de patologias, à patologia em si, à regulação de funcionamento integrado humano, à correção de anormalidades ou deformidades

ou à compensação de incapacidade

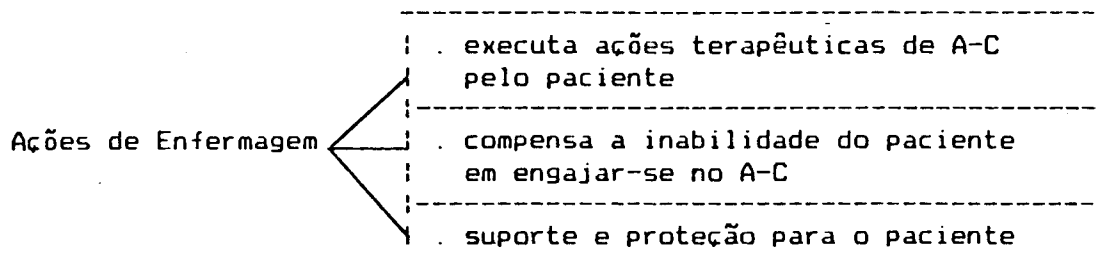
4. Estar atento e atender ou regular os efeitos desconfortantes ou deletérios de medidas de cuidado médico desempenhadas ou prescritas pelo médico, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento
5. Modificar o auto-conceito (e auto-imagem) para que a pessoa se aceite como estando em particular condição de saúde e necessitando de formas específicas de cuidado de saúde
6. Aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e os efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico num estilo de vida que promova desenvolvimento pessoal contínuo.

ANEXO II

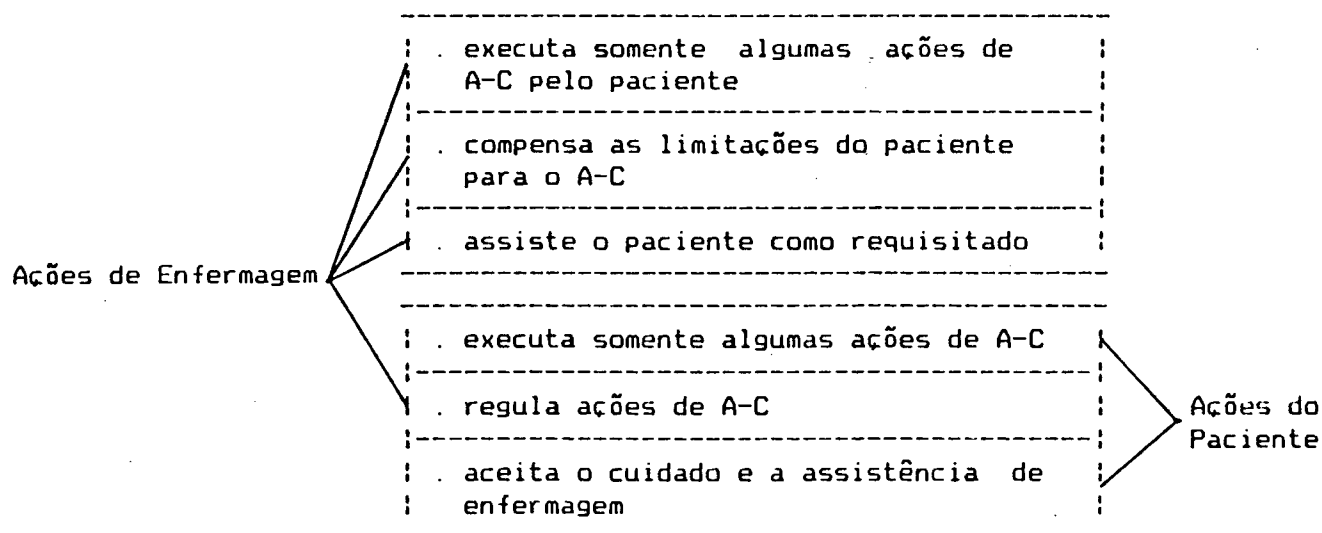
SISTEMAS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

Drem, 1980:98 e 1985:153

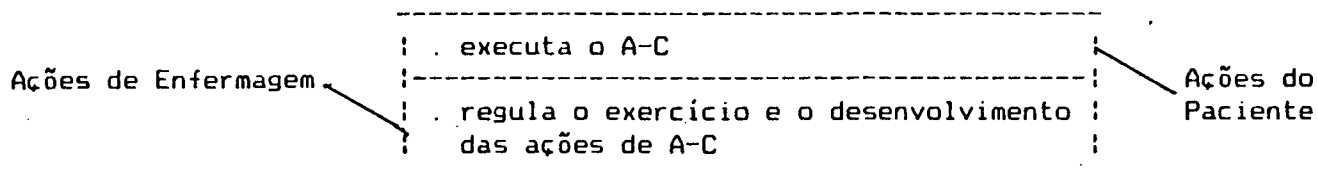
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO



SISTEMA SUPORTE-EDUCATIVO



ANEXO III

PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

DATA .../.../...

I- IDENTIFICAÇÃO

NOME REGISTRO
 ESTADO CIVIL IDADE SEXO Nº FILHOS
 ESCOLARIDADE RELIGIÃO
 PROFISSÃO OCUPAÇÃO SALÁRIO
 ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO

 PONTO DE REFERÊNCIA
 TELEFONE PARA CONTATO
 DIAGNÓSTICO
 TRATAMENTO ATUAL INICIO .../.../...
 TRATAMENTOS ANTERIORES E DURAÇÃO DOS MESMOS
 () DP
 () HD
 () TX
 () CAPD
 ()

MEMÓRIA - () BOA () REGULAR () FRACA

COMPORTAMENTO - () COOPERATIVO () ANSIOSO () DEPRIMIDO
 () EXIGENTE () ALHEIO () MANIPULATIVO

VISÃO - () BOA () REGULAR () FRACA () MEIOS AUXILIARES

AUDIÇÃO - () BOA () REGULAR () FRACA

COORDENAÇÃO - () BOA () REGULAR () FRACA

CAPACIDADE DE APRENDIZADO - () BOA () REGULAR () FRACA

CAPACIDADE DE LEITURA - () BOA () REGULAR () FRACA

RELACIONAMENTO FAMILIAR - () BOM () REGULAR () FRACO

COMENTÁRIOS:

II - EXIGÊNCIAS DO AUTO-CUIDADO(*)

.(*) Instrumento adaptado dos trabalhos desenvolvidos por ALVAREZ (1987) e SANTOS (1988).

A.UNIVERSAIS	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
A.1 MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> . qualidade do ar inspirado . preocupação com o ambiente . conhecimento da necessidade de suficiente oxigenação . presença de alterações respiratórias (tosse, dispnéia, secreções bronquicas, obstrução nasal . tipo e frequência respiratória . expansão pulmonar . perfusão das extremidades . hábitos e vícios que interferem na respiração 	
A.2 MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA	
<ul style="list-style-type: none"> . quantidade e qualidade dos líquidos ingeridos por dia . condições de hidratação da pele e mucosas . conhecimento da necessidade de ingestão hídrica . conhecimento da necessidade do balanço hídrico 	
A.3 MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR	
<ul style="list-style-type: none"> . hábitos alimentares - quantidade, qualidade e frequência . condições dentária, mastigação e deglutição . preferências e tabus alimentares . conhecimento da necessidade de alimentação . estímulo e necessidade para alimentar-se . estado nutricional 	
A.4 CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> . funcionamento intestinal / alterações intestinais (hemorroidas, incontinência, obstipação, flatulência . funcionamento urinário: frequência, quantidade, características / alterações urinárias: amúria, incontinência, infecções . alterações genitais . hábitos higiênicos após eliminação . conhecimento da importância da ingestão alimentar e hídrica com relação às eliminações . conhecimento da importância dos hábitos de higiene com relação a prevenção de complicações 	
A.5 EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADES E REPOUSO	
<ul style="list-style-type: none"> . tipo e ritmo de atividades diárias (física, intelectual, familiar, social, cultural, religiosa) . horas de sono (quantidade e qualidade) . repouso (tipo e frequência) . conhecimento da necessidade de equilíbrio entre atividade e repouso . atividades que deixou de desenvolver (limitações) . atividades que gostaria de desenvolver 	

A.6 EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL

- . suporte social de apoio
(família, amigos, comunidade, equipe de saúde, outros pacientes)
- . constelação familiar: composição familiar, quantos moram em casa, relacionamento familiar, maior afinidade com alguns dos familiares, alguém da família recebe treinamento de CAPD, gostaria que alguém fosse treinado; quem, por que, recebe apoio da família para continuar o tratamento?
- . sente solidão: quando e por que ?
- . tem algum hobby: qual ?
- . sente algum tipo de discriminação : por quem ?
- . recebe e/ou frequenta amigos ?

A.7 FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

- . aparência geral
- . sinais vitais
- . altura, peso seco, peso cheio
- . funcionamento dos sistema cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, reprodutor
- . acesso a recursos comunitários
- . regularidade de suporte médico dentário
- . participação em atividades de grupo
- . participação na vida familiar, comunitária e nacional
- . papel social na família e comunidade

A.8 PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM ESTAR

- . órgãos dos sentidos
- . condições habitacionais: localização, tipo de construção, número de cômodos, rede de água, rede elétrica, aeração, instalações sanitárias, eletrodomésticas, condições higiênicas, local de armazenamento e troca das bolsas, presença de animais domésticos, meios de comunicação e transporte, própria ou aluguel
- . condições ambientais: temperatura, aeração, iluminação, umidade, "sol", poluição ambiental
- . condições sócio-econômicas: fontes de renda, quantas pessoas tem renda o total dos vencimentos cobre as necessidades existentes ?
- . hábitos tabagistas e etilistas
- . alergias

B. DE DESENVOLVIMENTO	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
B.1 SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO	
. controle laboratorial periódico	
. acompanhamento ambulatorial contínuo	
. desenvolvimento contínuo de ações de auto-cuidado	
. cuidados associados ao tratamento médico (medicamentos, curativos, controle)	
B.2 PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO	
. adaptação social	
. mudanças repentinas de:	
- segurança ocupacional	
- condições econômicas	
- estilo de vida	
- status	
- hábitos sexuais	

C. DE DESVIO DE SAÚDE

DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS

C.1 RELATIVOS À HISTÓRIA DA DOENÇA

- . como começou sua doença ?
- . quais os primeiros sinais e sintomas ?
- . procurou logo assistência médica ?
- . fez uso de medicações ?
- . seguiu as orientações médicas ?
- . que tipo de tratamento realizou e durante quanto tempo ?
- . apresentou algum tipo de complicação ?
- . aceitação e compreensão da doença
- . conhecimento da doença
- . processo de adaptação à doença
- . aceitação das restrições impostas pela doença
- . conhecimento dos tipos de tratamento disponíveis

C.2 RELATIVOS AO TRATAMENTO POR CAPD

C.2.1. ASPECTOS MOTIVACIONAIS

- . por que optou pela CAPD ?
- . gosta de si mesmo ?
- . como se sente fazendo as trocas ?
- . tem interesse pelo funcionamento de seu corpo ?
- . o que acha da CAPD ?
- . a CAPD melhorou sua vida, por que ?
- . quais são suas expectativas de vida ?
- . recebe apoio da família ?
- . alguém lhe ajuda nas trocas ?
- . como se sente em relação a outros membros da família ?
- . quem, em sua opinião é responsável pelo sucesso de seu CAPD ?
- . quem poderá ajudá-lo em caso de necessidade ?
- . no seu trabalho recebe apoio ?
- . enfrenta obstáculos ou dificuldades para realizar as suas trocas ?

C.2.2. ASPECTOS FÍSICOS

- . presença de cateter abdominal
- . presença da bolsa
- . presença do líquido intra-abdominal
- . orifício do saída do cateter
- . cuidados com o cateter e com o orifício de saída
- . intercorrências médicas: infecção, extrusão do cuff
- . cuidados higiênicos corporais
- . exames médicos e laboratoriais periódicos
- . troca do equipo de transferência
- . troca das bolsas

C.2.3. ASPECTOS COGNITIVOS

- . que tipo de diálise você está fazendo ?
- . o que significa CAPD ?
- . em que local você deve fazer as trocas ?
- . como se chama o líquido que entra em seu abdome ?
- . qual a concentração das soluções que você usa ?
- . qual é a solução que puxa mais água ?

- . em que troca você usa ?
- . quanto tempo o líquido de diálise deve permacer no seu no-
abdome entre as trocas ?
- . como se chama a solução que drena o seu abdome ?
- . quanto tempo leva o período de drenagem ?
- . o que deve ser observado no líquido drenado ?
- . como o bico do equipo pode ser contaminado ?
- . quais as funções de um rim normal
- . quais são as duas toxinas no sangue que mais comunmente
são encotradas ?
- . o que é peso seco ou peso ideal ?
- . qual o seu peso seco ?
- . quanto você deve variar em relação ao seu peso seco ?
- . com que frequência você determina o seu peso e a sua
pressão ?
- . se você tiver com excesso de peso que tipo de solução
usaria e por que ?
- . o que é hipertensão ?
- . qual é principal causa da hipertensão ?
- . cite alguns sintomas da hipertensão
- . o que é hipotensão ?
- . qual a principal causa da hipotensão ?
- . cite alguns sintomas da hipotensão
- . o que é peritonite ?
- . como você adquire peritonite ?
- . quais os meios da bactéria entrar em seu abdome ?
- . quais os 4 principais sintomas da peritonite ?
- . se você tiver algum sintoma de peritonite o que deve fa-
zer ?
- . o que é local de exteriorização do cateter ?
- . com que freqência voce deve cuidar do local de exteriori-
zação do cateter ?
- . quais os sinais ou sintomas que indicam infecção na pele
no local de exteriorização do cateter ?
- . o que você deve fazer se observar estes sinais e sintomas
- . o que você deve fazer se:
 - pesar 3Kg acima do seu peso seco
 - pesar 3Kg abaixo do seu peso seco
 - tiver um vazamento na bolsa ou equipo
 - contaminar algum do seu material
 - notar defeito do material
 - o equipo desconectar do cateter
- . quais os sintomas de diálise inadequada ?
- . quais seriam as razões e o que você deve fazer, se você
apresentar:
 - prurido
 - diarréia
 - constipação
 - dor no ombro
 - dor de cabeça
 - náusea e vômito
 - inquietude
 - edema
 - falta de ar
 - amortecimento e formigamento

- tontura ou fraqueza
- hipotensão
- hipertensão
- líquido drenado sanguinolento

:
:
:
:

PROCESSO DE ENFERMAGEM

[illegible]

LEVIANTAMENTO

3 4

0 4 5 0 5

A N E X O I V

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COMPLICAÇÕES MÉDICAS EM CAPD
ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O AUTO-CUIDADO

(Adaptado da orientações standard
fornecidas pelos laboratórios Tra-
venol e Hiplex)

ALBA LÚCIA AGRA GUIMARÃES

Mestranda

1988

COMPLICAÇÕES MÉDICAS EM CAPD

Complicações/ Sintomas	Causas Prováveis	Conduta
1 - PERITONITE		
. dor abdominal	. falha técnica da assepsia	. checar a presença de pelo menos
. febre	. infecção no local de saída	. 2 dos sintomas
. náuseas e vômitos	. fonte endógena	. faça 3 trocas de bolsa rapida-
. drenagem turva	. desconexão acidental do ca- téter	. mente . verificar sinais vitais
	. orifício na bolsa ou equipo	. informe ao Centro
		. iniciar antibioticoterapia
		. conforme orientação do Centro
		. levar bolsa com drenagem
		. turva ao Centro para análise

Complicações/ Sintomas	Causas Prováveis	Conduta
2 - DIARRÉIA	<ul style="list-style-type: none"> . nutrição inadequada . recente colocação do cateter . efeito colateral de medicação 	<ul style="list-style-type: none"> . corrigir alimentação . observar a presença de muco, sangue ou pús nas fezes . persistindo por mais de 24 horas comunicar ao Centro . exames para controle do potássio
3 - CONSTIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> . nutrição inadequada . pouca hidratação . efeito colateral de antiácido 	<ul style="list-style-type: none"> . corrigir alimentação . aumente ingesta hídrica . use laxantes . persistindo por mais de 48 horas comunicar ao Centro . fazer enemas se necessário
4 - PRURIDO	<ul style="list-style-type: none"> . diálise inadequada . dieta com muito fósforo . falta de hidróxido de alumínio às refeições . alguma reação alérgica . pele realmente seca 	<ul style="list-style-type: none"> . corrigir alimentação . fazer controle laboratorial . tomar o hidróxido de alumínio regularmente . controlar rigorosamente a infusão e drenagem do líquido . fazer testes alérgicos e trata-

Complicações/ Sintomas	Causas Prováveis	Conduta
		mento se necessário
		usar de hidratantes
5 - HIPERTENSÃO	diálise inadequada	controlar a P.A.
. cefaléia	. retenção de líquido no orga-	. controlar a infusão e
. edema	. nismo	. drenagem do líquido
. falta de ar	. stress ou fadiga	. controlar o peso cheio e seco
. inquietude	. tensão emocional	. diminuir ingesta líquida e sal
. irritabilidade	. nutrição inadequada	. aumentar o número de bolsas com
. aumento de peso	. muita hidratação	. solução hipertônica (4,25%)
		. persistindo por mais de 12 horas
		. comunicar ao Centro
		. tentar relaxar e afastar-se de
		. problemas ou situações que o/a
		. perturbe
		. fazer repouso em ambiente tranquilo
		. com a cabeça e o tórax mais eleva-
		. dos

Complicações/ Sintomas	Causas Prováveis	Conduta
6 - HIPOTENSÃO	. drenagem de muito líquido	. suspenda o uso de solução hiper- tônica (4,25%)
. náuseas e vômitos	. pouca hidratação	. controlar a P.A.
. tontura ou fraqueza	. alimentação inadequada	. controlar o peso cheio e seco
. câimbras musculares		. controlar a infusão e
. amortecimento ou		. drenagem do líquido
formigamento		. aumentar ingestá hídrica e sal
. diminuição do peso		. corrigir alimentação
. muita sede		. persistindo por mais de 12 horas
		. comunicar ao Centro
		. manter repouso com as pernas
		. mais elevadas
		. fazer massagens para aliviar as
		. câimbras e ativar a circulação
7 - DOR NO OMBRO	. infusão de ar na cavidade	. remover o ar da cavidade perito- neal: posicione-se deitado de
	. peritoneal	costas, apoiando todo o tórax
	. trauma ou doença articular	com travesseiros. Drene o líquido,
		o ar deve sair

Complicações/		
Sintomas	Causas Prováveis	Conduta
		<ul style="list-style-type: none"> tomar um analgésico tipo Tylenol persistindo por mais de 24 horas comunique ao Centro
8 - SANGRAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ocasionalmente em mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> controle rigoroso da P.A. e P.
fluido sanguinolento	<ul style="list-style-type: none"> durante a ovulação ou mens- 	<ul style="list-style-type: none"> avalie a causa
desde o róseo até o verme-	<ul style="list-style-type: none"> truação 	<ul style="list-style-type: none"> Comunique ao Centro
lho	<ul style="list-style-type: none"> peritonite deslocamento brusco do caté- ter 	<ul style="list-style-type: none"> leve a bolsa sanguinolenta para avaliação de perda de hemácias observe evolução do sangramento inicie adição de 1.000 unidades de heparina para 2 litros de solu- ção, para prevenir obstrução do cateter por coágulos

Complicações/	:	:		
Sintomas	:	Causas Prováveis	:	Conduta
<hr/>				
9 - INAPETÊNCIA	:	problemas emocionais	:	lembrar-se da importância de uma
	:	presença dos 2 litros de	:	boa nutrição
	:	dializante na cavidade pe-	:	recorrer aos seus alimentos pre-
	:	ritoneal que provoca sensação	:	feridos
	:	de plenitude gástrica	:	tentar relaxar e afastar-se de
	:		:	problemas ou situações que o/a
	:		:	perturbe
	:		:	persistindo, controle os horários
	:		:	de suas trocas para coincidir com
	:		:	a hora das refeições, drene a bolsa
	:		:	enquanto come. Depois de drenado o
	:		:	líquido, feche o clamp e 10 a 20
	:		:	minutos depois da refeição, faça a
	:		:	troca e infunda novo líquido.
	:		:	

ANEXO V

PACIENTE I

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Conheci a sra. Lúcia no H.G.C.R. há cerca de três meses. Estávamos aguardando consulta com mesmo ortopedista e, no meio da conversa, ela falou do sr. Lúcio, relatando o seu problema. Nessa oportunidade identifiquei-me como enfermeira e falei-lhe sobre o desenvolvimento do meu trabalho de pesquisa com o cliente renal em tratamento por CAPD. Prontamente d. Lúcia me deu seu endereço e telefone e se dispôs a ajudar-me no que fosse possível.

Depois desse primeiro contato, não tive oportunidade de reencontrá-la, nem de conhecer o sr. Lúcio. Quando telefonei para marcar o nosso encontro, d. Lúcia imediatamente lembrou-se de mim e foi muito gentil. Disse-me também que Maria havia lhe falado que eu estava para começar as entrevistas e que iria lhe telefonar. Combinamos a visita para o dia seguinte às 15 hs., confirmamos o endereço e nos despedimos.

Cheguei no horário combinado, não tive a menor dificuldade em encontrar o endereço. Sinto-me tranqüila. Interfonei, d. Lúcia atendeu e me abriu a porta do edifício. Peguei o elevador e quando abri a porta do mesmo encontrei d. Lúcia que me apresentou o sr. Lúcio e Luciana, filha do casal. Dona Lúcia explicou-me que o sr. Lúcio estava indo ao médico com a filha porque estava com um pouco de febre devido a uma infecção urinária. Eles desceram no elevador e eu acompanhei d. Lúcia até o apartamento. Ela pede desculpas e explica que está montando um guarda-roupa embutido e que a casa está uma bagunça. O so-

fa da sala esta repleto de roupas dobradas.

Pergunto se ela prefere que eu volte outro dia e ela diz que não. Diz que o sr. Lúcio não vai demorar e que, como ela é quem cuida dele e se eu quiser conversar, que está a minha disposição. Respondo que por mim está tudo bem, então ela me indica uma poltrona e pega um banquinho, sentando-se ao meu lado.

Como já havíamos conversado antes sobre o meu trabalho, eu lhe explico meus objetivos e também da liberdade dos clientes em colaborar ou não com o meu estudo. Ela responde dizendo: "Desde aquele nosso encontro há algum tempo estou aguardando. Eu falei pro velhinho que tinha uma enfermeira baiana que qualquer dia viria nos visitar e ele ficou curioso em te conhecer, pois também é nordestino. Podemos começar quando quiser". Agradei e comecei explicando-lhe que poderia me interromper a qualquer momento que achar necessário.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

DATA: 23/11/88

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Lúcio
ESTADO CIVIL: casado IDADE: 65 SEXO: M Nº FILHOS: 02
ESCOLARIDADE: 2º grau RELIGIÃO: católica
PROFISSÃO: militar OCUPAÇÃO: agente de saúde SALÁRIO: 200.000,00
DIAGNÓSTICO: Insuficiência Renal Crônica
TRATAMETNO ATUAL: CAPD INÍCIO: 11/11/86
TRATAMENTOS ANTERIORES E DURAÇÃO DOS MESMOS
() DP -----
() HD -----
() TX -----
() CAPD -----

MEMÓRIA: () boa (x) regular () fraca

COMPORTAMENTO: () cooperativo (x) ansioso (x) deprimido
(x) exigente () alheio () manipulativo

VISÃO: () boa (x) regular () fraca (x) meios auxiliares

AUDIÇÃO: (x) boa () regular () fraca

COORDENAÇÃO: () boa () regular (x) fraca

CAPACIDADE DE APRENDIZADO: (x) boa () regular () fraca

CAPACIDADE DE LEITURA: (x) boa () regular () fraca

RELACIONAMENTO FAMILIAR: (x) bom () regular () fraco

COMENTÁRIOS: (1) cardiopata há 5 anos;

(2) cálculo renal em 1984;

(3) início peritonite 1986;

(4) A.V.C. 1986 (referido pelo cliente e família como trombose);

(5) infecção urinária 1988.

A - DIAGNOSTICO E PRESCRIÇÃO

LEVANTAMENTO DOS DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

NE : Vocês são casados?

LÚCIA : Sim, em comunhão de bens.

:

NE : Qual a idade do sr. Lúcio?

LÚCIA : 65 anos.

:

NE : Quantos filhos vocês têm?

LÚCIA : Duas filhas, uma é casada e a outra é noiva, essa que você
: conheceu quando chegou. Ela mora aqui conosco.

:

NE : Qual a escolaridade do sr. Lúcio?

LÚCIA : Como é que vou dizer ? ... bom, ele era enfermeiro no exérci-
: to, quer dizer, ele fez um curso no Rio. O que é que ele a-
: tingiu lá?

:

NO : Olhou para mim, como quem pede ajuda.

:

NE : Ele fez curso superior?

LÚCIA : Não, ele fez um cursinho de enfermagem.

NE : Então ele pode ser técnico, auxiliar ou atendente de enferma-
: gem.

LÚCIA : Atendente não, ele foi enfermeiro-chefe aqui, essa era a profissão dele no exercito. Ele é militar.

NE : Então ele deve ter o 2º grau e trabalhava como agente de saúde, responsável pelo serviço de saúde no quartel do exercito.

LÚCIA : Deve ser isso mesmo, foi na escola do exército do Rio de Janeiro que ele se formou e veio para cá com essa função.

NE : E qual é a religião dele?

LÚCIA : Católico praticante. Agora ele recebe a comunhão em casa todo domingo através de um serviço comunitário que a igreja de Sto Antônio, aqui pertinho, desenvolve.

NE : O sr. Lúcio era agente de saúde do exército e atualmente qual a situação dele?

LÚCIA : Ele é militar reformado, quer dizer, militar da reserva, mas agora com essa doença ele está aposentado por invalidez.

NE : E quanto ele recebe de aposentadoria?

LÚCIA : Eu acho que é mais ou menos 10 salários mínimos

NE : Com relação a doença, qual o diagnóstico inicial do sr. Lúcio?

LÚCIA : O diagnóstico?

NE : Sim, a doença inicial dele, o que os médicos disseram que era?

LÚCIA : Ele urinava muito a noite, porque já tinha um probleminha cardíaco e fazia tratamento. Como ele trabalhava na área de

: saúde, notou que tinha alguma coisa errada e disse "tem algum
 : problema comigo". Ele urinava muito a noite e sentia muitas
 : dores nas pernas, quer dizer: cada paciente tem um sintoma e
 : com ele de repente apareceram essas dores, porque essa doença
 : não dá sintoma, nos outros ela aparece assim de repente e gra-
 : dativamente é que ela se instala, ele foi ao médico, e o
 : médico pediu exames de urina e aquele alterado, como é? Crea-
 : tinina. Isso foi com o médico que já tratava dele, o cardio-
 : logista, e aí ele encaminhou o velhinho "praquele" da bexiga,
 : como é?

NE : O nefrologista.

LÚCIA : Isso, o nefrologista, aí o nefrologista prá vê se podia se
 : da "prósta" ou outro problema. Pediu até biópsia de rim, foi
 : até pra São Paulo. Aí veio, como é?...

NO : Pausa.

LÚCIA : ... insuficiência renal crônica. Foi o diagnóstico
 : que deu, mas prá isso ele passou por uma série de exames
 : fez dilatação de uretra e mais exames, até que o doutor che-
 : gou a conclusão e disse: "o sr. está com insuficiência renal"
 : e o velhinho perguntou "isso não tem remédio?" e o Doutor
 : respondeu "olhe, sr. Lúcio, vamos aguardar". Isso foi em jun-
 : lho.

NE : Junho de que ano?

LÚCIA : Do ano ... fazem 3 para 4 anos que ele está em exames, né?
 : Então, né? Ele ficou junho no aniversário dele, dia 13. Foi

junho, julho, agosto, setembro, outubro, cinco meses tomando
remédio. Não melhorava. Aí começou aparecendo os sintomas, co-
meçou a inchar, foi tirando o sal, fazendo dieta, né? Aí foi
quando o doutor disse que ele tinha que fazer hemodiálise ou
a diálise peritoneal, como é? A diálise peritoneal ambulatorial
contínua.

NO : Sempre que dona Lúcia tem que se referir a um termo médico ou
fazer alguma referência ao tratamento ou diagnóstico, olha pa-
ra mim como quem pede confirmação. Eu reforço suas palavras
com um aceno de cabeça ou digo "certo, dona Lúcia".

LÚCIA : Então ele implantou no dia 11 de novembro, fez dois anos ago-
ra dia 11 desse mês.

NE : Então foi em 1986 que ele implantou o cateter e começou o tra-
tamento da CAPD, mas desde 1984 que ele vem fazendo exames e
se tratando.

LÚCIA : Isso mesmo. Para isso ele foi hospitalizado 4 vezes por causa
dos problemas do rim.

NE : Então o tratamento renal dele desde o início foi a CAPD?

LÚCIA : Foi, direto a CAPD, justamente.

NE : Ele não chegou a fazer nenhum tratamento além do medicamen-
toso?

LÚCIA : Não, o médico achava que, pela idade dele e pela ... como é
que vou dizer? ... como ele estava deprimido, chorava muito

! e não aceitava a doença, foi um desespero total para a família e para ele, nós vivemos um caos, então o doutor falou:
! "Sr. Lúcio, o tratamento mais indicado para o sr. é a CAPD,
! o sr. tem problema cardíaco, já não é um homem jovem e a
! hemodiálise é um tratamento que debilita muito, no seu caso
! eu indico a CAPD, mas quem decide é o sr.". E foi por este
! motivo que ele fez o tratamento.

NE : A sra. falou de problema cardíaco, qual a doença que ele tem
! no coração?

LÚCIA : Ah, ele implantou dia 11 de novembro e no dia 25 de dezembro
! às 5:30 horas da manhã, ele teve a trombose, quer dizer, com
! menos de dois meses de implante.

NO : A trombose referida foi um acidente vascular cerebral, segundo Maria, enfermeira do Centro Nefrológico.

NE : E como ele ficou depois da trombose?

LÚCIA : Ele não falava, confundia Luciana, nossa filha, comigo, perdeu a memória, quer dizer, a memória dele ficou ruim.

NE : E hoje, como ele está?

LÚCIA : Ele foi internado, aí o doutor neurologista aguardou uns três
! dias prá ver a evolução da doença, prá onde ele ia pender,
! né? Aí ele começou a ficar só no soro, depois tomava alimento só por canudinho, depois mais solidozinho, mas ele engasgava muito, ficou com o lado direito todo paralizado, ele tem até hoje dormência. Essa dormência incomoda muito ele, nas mãos, nos pés, tudo do lado direito. Tanto é que hoje ele

| escreve muito mal ou nem escreve nada, pois eu é que tive que
| assumir tudo. Então, ele ficou do dia 25 de dezembro a 19 de
| janeiro no hospital. Aí ele saiu em cadeira de rodas, mas aí
| ele já conhecia a gente, mas quase nem sentava. Parecia uma
| criança. Numa poltrona dessa ...

NO | Apontou para a cadeira que eu estava sentada.

LÚCIA | ... ele, pra ficar sentado, tinha que ser apoiado com traves-
| seiros e almofadas, mas ele não aguentava. Aí o doutor falou:
| "ele vai voltar a falar e a andar, mas vai ter dificuldade
| com algumas letras", como ele realmente tem, mas fala direi-
| tinho, conhece bem as pessoas. O que mudou mesmo nele foi a
| personalidade. Essa trombose acabou com a alegria dele. Se tu
| entrevistar o sr. Antônio, falando com ele tu não diz que ele
| é uma pessoa doente...

NE | Nós vamos estar com ele amanhã.

NO | O sr. Antonio faz CAPD a 3 anos e meio, e também fará parte
| do nosso estudo.

LÚCIA | Ele é um espetáculo de pessoa, muito diferente do meu marido.
| Ninguém diz que eles fazem o mesmo tratamento. O sr. Antônio
| agradeça a Deus que aceitou tudo, mas o marido não. Ele tam-
| bém tem muito o que agradecer a Deus, muito mesmo, mas é uma
| pessoa que não se ajuda, não se ajuda.

NO : Dona Lúcia deixa transparecer um pouco de tristeza na voz,
: mas logo volta ao normal.

NE : Ele não aceita a doença até hoje?

LÚCIA : Não, não aceita, porque ele era uma pessoa muito disposta,
: para a idade dele, era muito forte, muito dinâmico e de repen
: te ele ficou dessa maneira.

NE : Para ele foi difícil aceitar isso, dona Lúcia?

LÚCIA : Agora por esses tempos de tanto falar com as filhas, eu e al-
: gumas pessoas amigas, ele tem melhorado. Agora ele já sai prá
: fazer uma caminhada, tomar um caldo de cana que ele tanto
: gosta - essa é a vantagem da CAPD, não precisa fazer dieta
: como na hemodiálise -, ele me acompanha prá tomar um solzinho
: mas ainda é uma pessoa muito negativa.

NE : Ele não coopera?

LÚCIA : Não, não coopera, é muito deprimido, ansioso, exigente.

NE : Ele é alheio ao tratamento?

LÚCIA : Agora ele está participando, eu digo: "velhinho pega a bolsa"
: ele pega e liga.

NE : Vocês usam calor seco?

LÚCIA : É sim, o cobertor térmico.

NO : A bolsa, antes de ser infundida, tem de ser aquecida com ca-
: lor seco.

LÚCIA : Sempre que eu peço ele ajuda. Tem outros pacientes que eles

! mesmos trocam suas bolsas, seria o caso dele ... mas ele nunca fez uma troca, porque em seguida veio a trombose e afetou todo o lado direito dele, então ele hoje não tem a menor condição.

NE ! A senhora tem que continuar solicitando e estimulando para que ele a ajude.

LÚCIA ! Ultimamente é só o que tenho feito, eu e a filha. Ele presta atenção na hora da troca e fica dizendo: "olha isso, faz aquilo", nós estamos sentindo que ele está mais interessado nele mesmo e agora é o responsável pelo aquecimento da bolsa e ele faz direitinho.

NE ! Quando a sra. diz que ele não aceita a doença é a renal ou a trombose e suas consequências?

LÚCIA ! É a trombose que acabou com ele, sem sombra de dúvidas. Se fosse só o tratamento da CAPD era outra coisa, mas logo em seguida veio a trombose e isso ele não aceitou.

NE ! Ele tem boa memória?

LÚCIA ! Mais ou menos. Tem dia que ele está ótimo, lembra do tempo do exército, pega as coisas prá ler e discute com a gente. O que ele é birrento. Ele faz de conta que não ouviu certas coisas, aí a gente fala baixinho, ele escuta e responde, como é que eu digo: ele faz ou não faz as coisas por birra.

NE ! Ele sempre foi assim?

LÚCIA ! Antes era um pouco, mas agora parece que é de propósito.

NE : Ele tem boa visão?

LÚCIA : Tem sim, ele usa óculos, mas tem boa visão, lê e vê televisão
: sem problemas.
:

NE : Ele tem boa audição?

LÚCIA : Tem sim, é como eu te disse, às vezes a gente quase tem que
: gritar prá ele responder e outras vezes a gente fala baixinho
: e ele escuta, então acho que é birra. Ele só ouve o que quer.
: Ele é muito mimado.
:

NE : Ele tem boa capacidade de aprendizado? Ele aprenderia todas
: as técnicas das trocas das bolsas? Ele faria bem?

LÚCIA : Faria, faria sim. Ele aprende as coisas com facilidade. Ele
: fica atento na hora das trocas e diz: "olha, não é assim".
: Quando ele quer, participa de tudo, mas quando ele diz: "hoje
: estou pra baixo" então não participa de nada. A gente insis-
: te: "vamos, velhinho, vem ajudar, está na hora, vamos fazer
: a drenagem da bolsa", e ele nada.
:

NE : E o relacionamento dele com a família é bom?

LÚCIA : Assim como tu quer dizer?

NE : Como é a vida de vocês dentro de casa? Ele com a sra. e com a
: Luciana, vocês morando juntos. Ele participa da vida domicili-
: ar?

LÚCIA : Às vezes ele quer saber muito, se preocupa, mas nos não deixa
: mos que ele fique a par de tudo, principalmente de finanças.
: Nós temos medo que alguma preocupação mais forte abale o esta

do emocional dele e por isso evitamos coisas que vão preocupá-lo. Mas no relacionamento a filha é muito carinhosa, super carinhosa. A outra também, mas não mora em casa, é casada e tem filhos, mesmo assim ele é exigente, quer que ela venha aqui todo dia visitar ele, levando ele prá passear de carro, mas ela faz faculdade, tem a casa, o marido e os filhos prá cuidar, por isso não tem condições de fazer as vontades do pai, mas sempre que pode vem por aqui, principalmente no final de semana. A outra é solteira, inclusive está noiva, ela mora com a gente e trabalha o dia todo, mas vem em casa duas a três vezes no dia pra saber do pai. O nosso relacionamento é muito bom. As filhas adoram o pai e ele também adora as filhas.

NE : E a senhora?

:

NO : Risos.

:

LÚCIA : Eu também, claro. Falo assim só do velhinho porque ele é o centro das atenções, mas comigo também, não sei o que seria de mim se não fosse as filhas. Elas são muito atenciosas, muito boas.

:

NE : Elas aceitam a doença do pai, ajudam em alguma coisa?

LÚCIA : Ajudam sim, participam muito, como agora, a filha foi levá-lo ao médico me substituindo. Fica mais fácil porque ela dirige, é como diz a Maria, tu conhece ela, né? Ela diz: "olha, dona Lúcia, tem que haver uma estrutura familiar, porque esse tra-

! tamento é muito bom pro paciente, mas prá família é muito pu-
! xado". Agora eu estou esgotada ... tem que ser uma família es-
! truturada ...

NO ! Nesse momento dona Lúcia deu um suspiro e soltou os ombros
! sobre o corpo. Senti como um forte desabafo, e continuou ...

LÚCIA ! ... tanto é que eu estou tratando com o neurologista, o mesmo
! que tratou dele. Estou esgotada porque depois da doença tudo
! ficou pior pra mim: problemas da casa, banco, feira, levar no
! médico, levar prá trocar o equipo, tudo. A Maria sabe muito
! bem. Ainda outra noite ele caiu e bateu na ponta da comoda
! bem aqui nele ...

NO ! Ela leva a mão um pouco abaixo da clavícula direita mostrando
! o local da pancada.

LÚCIA ! ... e machucou, furou. Foi feito um curativo e no dia seguin-
! te ele foi no médico pra ele vê. Isso me corta o coração, ele
! já levou muitas quedas, ele tem sono, mas não consegue dormir,
! ele diz que a dormência incomoda, não deixa ele dormir. Nos
! já conversamos isso com o neurologista, mas parece que não
! tem jeito.

NE ! Uma coisa que a senhora tem que ficar atenta é quanto a arru-
! mação dos móveis no quarto. Evite móveis desnecessários como
! cadeiras, mesinhas de cabeceira, móveis com pontas salientes
! e principalmente tapetes, pois ele pode tropeçar ou escorre-

! gar e cair.

LÚCIA : Eu sei disso, depois te levo prá vê o quarto. So deixamos o
! essencial.

!

NE : Essa dormência é consequência da trombose?

LÚCIA : Sim, sim, da trombose. Não tem nada a ver com o tratamento
! renal.

NE : A sra. sabe que se a CAPD não estiver sendo bem feita, o in-
! divíduo pode apresentar insônia, sonolência, depressão, irri-
! tabilidade e até mesmo dormência e formigamento de extremida-
! des, principalmente dos pés. Quando a diálise não está elimi-
! nando todas as toxinas, as que ficam acumuladas no sangue co-
! meçam a desencadear problemas, como por exemplo, a retenção
! de líquidos no organismo, e esse excesso de líquidos leva ao
! aparecimento de edemas, que é o inchaço, principalmente das
! extremidades que podem tornar-se dormentes e com formigamen-
! to.

!

NO : Ela me olhou interrogativa e perguntou:

!

LÚCIA : Mesmo na CAPD?

NE : Sim senhora. Se o peritônio não estiver filtrando adequada-
! mente, as substâncias tóxicas ficam acumuladas no sangue e po-
! dem desencadear esta sintomatologia, entre outras.

LÚCIA : Isso eu não sabia. Eu faço conforme manda o médico, são 4 tro-
! cas/dia no horário certo. Nós acordamos muito cedo, antes das
! 6 horas da manhã e temos também aquelas folhas de controle

que tu conheces, desde o início até hoje nunca falhou um dia,
eu sigo direitinho, com a maior atenção. Tu vê, eu não sabia
que a CAPD dava esses problemas.

NE : A senhora fique tranquila porque certamente essa dormência
que ele apresenta é em decorrência da trombose. Veja bem, se
fosse problema de falha de filtração peritoneal ele apresen-
tava pele seca e esbranquiçada com coceira, náuseas e vômitos
pés inchados ...

LÚCIA : ... não, não, ele não sente nada disso.

NE : Então não se preocupe que a CAPD esta sendo feita certa.

LÚCIA : Pois é, mas é bom saber disso. Tu viu que ele está magrinho e
o dr. disse pra ele se alimentar bastante e ele não está qua-
se se alimentando, porque ele é muito exigente e anda muito
enfasiado. Ele sabe muito bem que pode comer de tudo, mas só
quer comer torradas. Por isso o dr. disse que dia-sim, dia-
não, eu colocasse a bolsa de 4,25, porque ele esta muito ma-
grinho e comendo pouco e o dr. tem medo de uma desidratação,
pois como tu sabes a bolsa de 4,25 puxa muita água, por isso,
em vez de botar toda noite é melhor usar alternado. Ontem
mesmo foi a noite de 4,25.

;

ND : Dizendo isso ela levantou-se e foi em direção ao quarto. Re-
tornou com uma pasta na mão, dentro dela estão as folhas de
controle de líquidos.

Percebo que presta muita atenção em nossa conversa.

;

LÚCIA : Ficam todas guardadas na gaveta do quarto.

NO : Ela entrega a pasta com as folhas de controle. Estão todas
: preenchidas corretamente e atualizadas.

LÚCIA : Já está na pag. 108. Eu anoto todos os controles, hora das
: trocas, peso, pressão. Tu ve como é, ontem a noitinha ele tava
: com a pressão de 16, mais tarde ele tava impaciente, agitado,
: então falei com minha filha: "vamos ver a pressão", e olha já
: estava em 20 X 10, quase 11. Aí a gente botou a bolsa 4,25 e
: ficamos controlando, graças a Deus a pressão baixou. Eu con-
: trolo tudo, o volume infundido, o volume drenado, tu vê, dre-
: nou bem, 2.300 ml, ele eliminou 300 ml a mais e a pressão
: voltou ao normal. A pressão dele varia 14, 15, 16 até 17. O
: dr. disse que é normal, mas passando disso eu me preocupo.
: Não repare a bagunça, as folhas estão fora de ordem porque
: ando sem tempo de arrumar, mas pode ver que esta tudo aqui,
: 99, 98, tudo aqui, só falta arrumar.

NO : Ela se refere a, ordem das folhas de controle que são numera-
: das.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A- UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

NE : Dona Lúcia, o sr. Lúcio tem problema de tosse, dificuldade em
: respirar, secreção brônquica, obstrução nasal, ou seja, algum
: problema respiratório ou pulmonar?

LÚCIA : Não, de respiração não. Ele teve uma bronquite aguda, mas isso faz uns meses, aí foi pro médico, por sinal excelente, maravilhoso, e ele ficou bom, mas ele tem uma salivação que começou junto com o problema do rim. No início era enjôo e salivação, e a salivação não acabou, até hoje ele tem, mesmo com todo o tratamento, mas isso não incomoda não.

NE : Ele tem boa expansão pulmonar, ele respira bem?

LÚCIA : Tem sim, com todo esse problema cardíaco, às vezes ele tem arritmia, mas não tem problema de expansão, nem de falta de ar, e como é que se diz? Assim, né? Bronquite, tosse ele não tem, não tosse, não fuma, não tem vício.

NE : O problema cardíaco dele é insuficiência cardíaca?

LÚCIA : Não, como é o nome daquela outra?

NE : Insuficiência cardíaca congestiva?

LÚCIA : Não.

NE : Ele não chegou a ter infarto?

LÚCIA : Não, nos papéis da aposentadoria ... é bem comum o nome.

NE : Cardiopatia?

LÚCIA : Isso, cardiopatia...

NE : Hipertensiva?

LÚCIA : Não, cardiopatia ...

NE : Coronariana?

LÚCIA : Não, cardiopatia crônica, tem isso? Não sei que grau, eu vi
: no atestado que o médico deu.

:

NE : Há quanto tempo ele tem essa cardiopatia?

LÚCIA : Faz uns 4 a 5 anos, ele tratava disso e depois ele teve cálculo
: renal, tratou e ficou bom. Isso não tem nada a ver
: com a insuficiência renal, você concorda com isso?

:

NE : Concordo. Se o cálculo renal foi bem tratado não evolui nunca
: para insuficiência renal.

LÚCIA : Foi isso mesmo, o problema do cálculo foi resolvido e depois
: o remédio que ele tomava para o coração deu a insuficiência
: renal, foi aquele, o ANTURAN 200, na bula dizia - meu marido
: sempre leu muito a bula, inclusive quando passava medicamento
: na marinha, e na bula dizia "que quem tivesse cálculo renal
: não podia tomar o medicamento". E justamente foi isso que ele
: teve. Ele expeliu o cálculo renal, ele se tratou em Curitiba
: e deve ter ficado bem tratado, porque ele ficou bom e não
: sentiu mais nada. A maior preocupação nossa era o coração e
: cuidamos de tratar dele, porque o coração é o mais importante
: e no entanto, o coração está resistindo e o que ficou foi o
: problema renal, mas tenho cá comigo que foi pelo ANTURAN 200
: que ele tomou.

:

NE : O médico cardiologista sabia do problema renal?

LÚCIA : Sabia sim e disse que não tinha problema, que ele poderia to-

| mar o medicamento. Sabe lá Deus o que aconteceu.

|

NE | O que acontecê, d. Lúcia, é que certos medicamentos são nefro-
| tóxicos, ou seja, eles são eliminados pelos rins, mas geral-
| mente, pela pouca ingestão de líquidos do indivíduo, particu-
| lar das toxinas do remédio ficam retidas nos rins e com o tempo
| essa substância acumulada causa necrose, ou seja, morte no
| tecido renal. Com isso o rim aos poucos perde a sua capacida-
| de vital. Como o sr. Lúcio já tinha tido problemas de cálculo
| renal, então o efeito tóxico dessas substâncias agiram mais
| rapidamente e como o problema não foi detectado a tempo, evo-
| luiu para a insuficiência renal crônica.

LÚCIA | É, deve ter sido isso mesmo ...

|

NO | Ela ficou pensativa, como que avaliando a minha explicação.
| Segundos depois, voltou a me olhar, como que satisfeita por
| haver entendido o que eu dissera.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA.

NE | Como é a ingestão hídrica dele? Ele toma muito líquido?

LÚCIA | Muito não, ele toma laranjada de manhã, ele toma um copo de
| caldo de cana que ele gosta muito, ele é nordestino como você
| só que do Piauí e gosta muito de caldo de cana. Mas é só isso
| que ele toma.

|

NE | Ele tem consciência da importância do líquido em sua dieta?

LÚCIA : Tem sim. Eu digo: "toma velhinho", faço um copo grande daquele marrom e digo: "toma, velhinho, se não quiser agora fica olhando prá dá vontade", eu insisto, só Deus sabe como tenho cuidado com ele, mas ele é rebelde, essa criatura vê a minha luta com ele ...

NO : Ela se refere a sra. que ajuda nas tarefas de casa e que neste momento passou pela sala dando-nos um sorriso.

LÚCIA : ... ele é muito exigente. Cada dia tenho que fazer uma coisa diferente, um prato diferente.

NE : Vocês tem consciência da importância do balanço hídrico e de uma boa alimentação?

LÚCIA : Justamente, quando ele toma mais líquido a bolsa drena mais, aí eu digo pra ele: "tá vendo, velhinho, como drena bem, isso é porque tu tomou mais líquido e se alimentou melhor". Esse tratamento requer boa alimentação. Eu faço gemada prá ele, é mingau de aveia ou maizena de noite, no de maizena eu boto uma gema dentro.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

NE : E ele aceita, come tudo?

LÚCIA : Nada, muito, muito enjoado prá comer.

NE : Isso é agora ou desde antes da doença?

LÚCIA : Não, antes ele nunca gostou de verdura, mas na terra dele ele
: gostava de carne do sol, como ele mesmo diz. Mas ele era de
: comer churrasco, ele comia bem de tudo, galinha, sopa, comia
: de tudo, feijão com carne seca, e isso até hoje eu faço, mas
: ele diz que não tem gosto.

NE : A sra. usa tempero normal na comida dele?

LÚCIA : Exatamente como fazia antes eu faço agora, é a mesma que nós
: comemos.

NE : Ele tem boa dentadura, boa mastigação?

LÚCIA : Tem sim, prótese superior e inferior, mas mastiga bem.

NE : Ele tem problema na deglutição?

LÚCIA : Não, agora não. Logo depois da trombose ele teve problema,
: mas agora já tá tudo normal. O que ele tem é uma hérnia, co-
: mo é o nome?

NE : Hérnia de hiato.

LÚCIA : Isso mesmo, isso dificulta alguma coisa?

NE : Não, a hérnia de hiato é um problema na válvula que temos lo-
: go abaixo do esôfago, normalmente ela fecha após a passagem
: da comida, com a hérnia, a válvula permanece aberta, podendo
: surgir a sensação de que a comida vai voltar para a boca após
: a alimentação. Eu tenho esse problema, o que eu faço é nunca
: deitar após as refeições e nunca exagerar na quantidade de co-
: mida ingerida. Como sempre menos e mais frequentemente.

LÚCIA : Agora entendi, mas ele não queixa de nada disso, talvez seja

: porque ele come pouco, né?

:

NE : Exatamente. Ele tem preferência alimentar?

LÚCIA : Não, o que ele gostava muito era de fazer churrasco, adorava,
: mas agora se os outros fazem, o genro, ele come muito pouqui-
: nho, tudo bem pouquinho. Ele gosta da carninha moída com quia-
: bo, faço bem temperadinho, boto pimentão prá dá gosto, faço
: inhoque, ainda ontem eu fiz, mas ele come tudo muito pouco.

NE : Ele come frutas?

LÚCIA : Algumas, laranja ele até precisa por causa dos intestinos, a-
: meixa também, faco muito doce. Iogurte ele não come de espé-
: cie alguma. Comprei um quindim muito gostoso, é o que ele es-
: ta comendo de sobremesa. É bom porque tem ovos, mas até maçã
: que ele comia muito não come mais. Só falta botar no liquidifi-
: ficador e fazer batida. A banana que ele pode é a maçã, mas
: se compro, chega a estragar, ainda ontem joguei fora. Mamão
: ele comia muito antes do café, o café dele vou te dizer: ele
: come uma colher de mel em jejum e toma um pouquinho de água,
: aí ele come um ovo quente com a gema crua e a clara mal pas-
: sada, eu ponho na xícara e dou pra ele, enquanto ele come eu
: faço a torrada que ele come com requeijão cremoso, eu passo
: margarina na torrada que ele gosta de comer de manhã e de noi-
: te. Tu vê, torrada é prá dieta prá emagrecer e ele precisando
: ganhar peso fica comendo isso, mas como ele gosta eu dou, não
: tenho preguiça, minha vida é dedicada a ele somente.

:

NE : Vou dizer uma coisa prá senhora: existem alguns pacientes em

: CAPD que vinham apresentando problemas para alimentar-se, eles
: diziam sempre não ter fome e comiam muito pouco. O que aconte-
: ce é que a presença dos 2 litros de dializante na cavidade
: peritoneal espreme o estômago e dá aquela sensação de pleni-
: tude. Então orientamos para que esses pacientes controlassem
: os horários das trocas para fazer a drenagem sentados a mesa,
: ou seja, forra o chão com uma toalha limpa, coloca a bolsa
: vazia e abre o clamp no equipo. Enquanto o líquido drena eles
: fazem o prato e almoçam. Depois de drenado o líquido, fecha o
: clamp e descansa de 15 a 30 minutos depois do almoço, quando
: então faz a troca e infunde novo líquido. Esta técnica tem da
: do resultado, quem sabe se a sra. experimentar.

LÚCIA : Ora, vejam só, isso tem muita lógica. Vou conversar com o ve-
: lhinho e vamos tentar, quem sabe vai dar certo ... mas tem
: uma coisa, ele diz que não sente o gosto da comida e isso foi
: depois da trombose ...

NE : Isso pode realmente ter acontecido, o que a sra. pode fazer é
: caprichar na apresentação dos pratos que ele gosta e associar
: com a drenagem da bolsa na hora das refeições.

LÚCIA : Você tem razão, eu vou tentar.

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

NE : Como é o funcionamento intestinal dele?

LÚCIA : Agora está regular, quer dizer, ele evacua todo dia, mas não
: é igual a antes, antes a evacuação era assim, nem dura nem mo-
: le, era normal, e agora está mais ressequida.

NE : Ele tem hemorróida, obstipação, cólicas intestinais?

LÚCIA : Às vezes ele tem umas colicazinhas e eu fico sem saber se é do CAPD, se é do líquido que vai muito quente. Hemorróidas ele não tem não.

NE : As fezes ressequidas pode ser em função do pouco líquido que ele ingere e da alimentação inadequada, como a sra. sabe, é muito importante o equilíbrio alimentar e hídrico para regular o funcionamento intestinal.

LÚCIA : Eu sei, minha filha, e ele também sabe, mas é muito rebelde.

NE : Ele apresenta alguma função urinária?

LÚCIA : Pouquinho, hoje mesmo ele tirou pra fazer o exame, é sempre pouquinho, sabe esses copinhos de café? Pois é, às vezes ele urina 2 a 3 vezes por dia. Agora que ele tá com infecção urinária ele sente aquela ardência, por isso o médico pediu pra fazer o exame pra vê a evolução.

NE : Ele tem infecção urinária frequente?

LÚCIA : Não, esta foi a primeira vez.

NE : Como são os hábitos higiênicos dele? Toma banho diário? Faz higiene após as evacuações?

LÚCIA : Quem dá banho nele sou eu, ele toma banho de 2/2 dia. No inverno eu faço a higiene de bacia, passando a toalha ensaboada no corpo. é muito frio e ele não gosta, a gente comprou até o aquecedor pra aquecer o banheiro. Agora não, ele toma banho

| mais seguido. Hoje ele não tomou, mas ontem de manhã ele to-
| mou banho no chuveiro. Mas o curativo, mesmo que ele não tome
| banho é feito diariamente.

NE | Então a sra. faz a limpeza só na área. E as roupas, ele colo-
| ca roupa limpa todo dia?

LÚCIA | Justamente, eu sei que a roupa pega poeira e tem que ser tro-
| cada. Ele fica preocupado porque suja muita roupa e nós não
| lavamos a roupa em casa, é lavada fora, mas eu faço questão:
| faço a limpeza e o curativo diário e troco a roupa dele por
| roupas limpas e leves. Nesse ponto ele é higiênico. Gosta de
| se apresentar bem, eu corto as unhas dele, passo álcool no
| meio dos dedos, passo um talquinho nos pés, os ouvidos ele
| quer que limpe sempre, ainda ontem - eu tenho um problema
| sério de coluna e isso me dificulta muito -, ainda ontem no
| banho foi um sacrifício, mas eu já estou tratando. Uma outra
| coisa foi que eu tive uma alergia forte ao povidine, tu sabes
| que a gente quando faz o curativo tem que lavar toda região
| com sabonete ou shampoo neutro e depois passar povidine e is-
| so deu um problema horrível, então eu tive que usar essa poma
| dinha e agora eu uso luva de vez em quando, minhas mãos fica-
| ram horríveis, descascou até o braço ...

NO | Ela mostrou as mãos e o antebraço limitando a região atingi-
| da.

LÚCIA | ... as minhas racharam tudo, mas como tu vê, não tem mais na-

! da.

!

NE ! A sra. sabe, o povidine é um antisséptico degermante e o uso
! frequente pode realmente irritar a pele, principalmente por-
! que é necessário o seu uso 3 a 4 vezes ao dia, é muito impor-
! tante o uso de hidratante após a utilização do povidine.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E REPOUSO.

NE ! E com relação a atividade física, o que ele faz durante o
! dia? Ele passeia, visita amigos, vai a igreja?

LÚCIA ! Não, inclusive eu falei que ia ser muito bom pra ele, mas ele
! não vai a uma igreja, porque não tem paciência de ficar senta-
! do, se ele faz uma visita ele fica um minuto ou dois sentado,
! levanta, vai a janela, caminha e fica muito impaciente, é por
! causa da dormência.

NE ! Ele sempre foi assim ou mudou depois da doença?

LÚCIA ! Não, ele sempre foi assim, mas depois da doença agravou mais,
! parece que a paciência diminuiu, mas ele não gosta de ficar
! em casa, adora mesmo é passear de carro, mas eu não sei diri-
! gir, a filha trabalha, a outra não tem tempo porque tem a ca-
! sa e os filhos, então não tem tempo, só nos fins de semana
! que elas saem com ele prá passear, mas eu saio diariamente. A
! gente desce aqui a Filipe Schmidt pra ele tomar um solzi-
! nho, tomar o caldo de cana que ele gosta e é uma distração,
! depois a gente volta prá casa. Tu vê, se chega uma pessoa
! aqui em casa ele conversa, mas daí a um pouquinho ele está

: cochilando.

:

NE : Ele dorme bem a noite? Mais ou menos quantas horas por dia?

LÚCIA : Agora isso eu não sei. Antes daqueles jogos, as olimpíadas,
: ele dormia tanto que eu tinha que acordar ele prá tomar o
: Aldrox, então ele dormia bem. Agora não, agora ele acorda 3 a
: 4 vezes a noite e às 5 da manhã ele já está acordado e eu te-
: nho que levantar pra fazer o café, enquanto vai aquecendo a
: bolsa, porque eu não deixo ele sem se alimentar já estando a-
: cordado. Aí ele toma o café, troca a bolsa e vai se deitar,
: aliás, às 7 horas ele ainda está deitado. Ele dorme aquele
: soninho rápido, coisa de uma hora e se levanta, aí vai sentar
: fica olhando perdido. Agora ele pegou a distração de juntar
: pedacinho de pão prá dar aos tico-ticos, esses passarinhos
: que tem lá em baixo, ele necessita disso.

NE : Ele tem o costume de descansar depois do almoço?

LÚCIA : Tem sim, ele deita, dorme, mas pouco. Antes ele dormia bem
: mais, mas mesmo assim pouquinho ele acorda com outro sembran-
: te, bem melhor.

:

NE : Ele vê TV, lê jornal?

LÚCIA : O jornal ele deixou, antes era sagrado, lia sempre "O Globo",
: mas agora não, ele não se interessa mais, pega a revista "Ve-
: ja", da uma olhadinha e só. A TV às vezes ele tá assistindo,
: ele gosta do noticiário, e quando a gente vê ele tá dormindo,
: o sono dele vem assim, de repente.

NE : Ele tinha algum hábito que a doença alterou? O que ele gosta

! va de fazer antes que hoje não faz mais?A doença limitou ele?

LÚCIA ! Não a doença renal, mas a trombose é que limitou ele, porque
! agora tem mais dificuldade prá falar, ele já não fala normal
! como ele falava, e isso até deprimiu muito ele, mas ele nunca
! foi homem de andar muito na rua, sempre foi muito caseiro.
!

NE ! Vamos agora fazer uma suposição: se tivesse vindo a doença do
! rim e não tivesse acontecido a trombose, a sra. acha que ele
! seria um homem mais disposto, ele levaria uma vida mais nor-
! mal, como antigamente?

LÚCIA ! É, aí sim, como antes da trombose, ele sempre foi muito orga-
! nizado, fazia todas as contas dele, anotava tudo na caderneta
! fazia na máquina os cálculos da poupança, era assim, mesmo
! com problema renal ele fazia tudo, controlava tudo e agora
! não.
!

NE ! Na realidade, a vida dele mudou realmente depois da trombose.

LÚCIA ! Exatamente, ele é o único desses que fazem CAPD que é assim,
! quer dizer, eu conheço a Joana, tu vê ela teve uma porção de
! problemas, mas ela faz as trocas, dá gosto, né?
!

NO ! Neste momento tocaram a campainha, é o companheiro da sra.
! que ajuda nas tarefas da casa que veio remontar um guarda-rou-
! pas embutido, ela nos apresenta e diz para que ele fique a
! vontade já que ele tem liberdade e sabe o que deve ser feito.
! Eu pergunto se poderia continuar ou se ela quer interromper
! para resolver as tarefas da casa.

| Ela senta-se novamente e diz que não tem problemas, que está
| tudo bem e que podemos continuar.

| Joana é uma cliente de CAPD do mesmo Centro que o sr. Lúcio.

|

NE | Existe alguma coisa que a sra. percebe que o frustra por não
| poder mais fazer?

LÚCIA | Tem uma coisa sim, na nossa casa de praia ele sempre adorou
| fazer um churrasco e de administrar tudo ele mesmo, e agora
| ele não consegue mais, o churrasco fica por conta do genro e
| a administração agora é feita pelo meu intermédio, quer dizer
| tudo isso ele gostaria de estar fazendo, mas não tem condição
| o tratamento da CAPD deixava ele fazer tudo, mas depois da
| trombose ele realmente ficou inutilizado e isso deprimiu mui-
| to ele.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO SOCIAL.

NE | Além da sra., alguma de suas filhas foi treinada para fazer
| as trocas?

LÚCIA | Sim, as duas filhas. A outra já esqueceu um pouco, mas a fi-
| lha solteira é quem faz a troca da noite às 11 horas.

|

NE | Então vocês se alternam?

LÚCIA | É, eu cuido dele durante o dia e geralmente a noite eu durmo
| cedo porque ando muito cansada, aí a filha já está em casa e
| ela é quem assume a última troca do dia.

NE | Posso perceber que existe uma participação familiar muito

| grande

LÚCIA : Graças a Deus, somos muito unidos, a filha levanta a noite
| prá vê o pai, tu vê, agora ela saiu do trabalho mais cedo e
| veio para acompanhar o pai ao médico.

NE : A sra. acha ele um homem solitário?

LÚCIA : No início ele quiz se isolar, queria se mandar, ir embora,
| mas agora não, ele viu que todos aceitam ele como ele é e ele
| acabou com essa bobagem. Ele é uma pessoa muito alegre, gosta
| muito de futebol, no início ele não perdia um jogo e até hoje
| ele assiste pela TV, ele torce pelo Vasco da Gama, e em Porto
| Alegre, pelo Internacional, é assim. Isso distrai um pouco
| ele.

NE : Ele tem algum hobby?

LÚCIA : Não, nada, nada. O hobby que ele tinha antes era pegar o jor-
| nal "O Globo" na banca, bater um papo e lê, era isso, e sem-
| pre nós dois, porque nós temos 38 anos de casados, e nós dois
| sempre juntos no supermercado, passeando, comprando uma coi-
| sa, comprando outra, enfim ...

NE : Isso foi alterado ou continua igual a antes?

LÚCIA : Continua, mas não tanto como antes. Ele perdeu aquele prazer
| e já não participa de algumas decisões até mesmo porque a gen-
| te não deixa ele saber de alguns problemas, algumas dificul-
| dades, né?

NE : A sra. não acha que ele sofreu algum tipo de discriminação

! pelos amigos ou mesmo pela família?

LÚCIA : Da família não, porque os parentes dele somos nós, e quando
! ele adoeceu e o dr. disse que era incurável, não tem cura só
! um transplante, aí ele disse que tinha um desejo muito gran-
! de de ver o nordeste, a terra dele, porque ele não tem mais
! os pais, ele quer rever a terra, mas eu fico assim, eu so-
! zinha viajando pra fazer as trocas dele, tinha que ir com ou-
! tra pessoa, eu assim também já velha, como é que eu vou, né?
!

NE : E os amigos?

LÚCIA : Nós nunca tivemos muitos amigos, só assim os colegas de farda
! mas não era de se visitar, nem na época de saúde, mas quando
! eles se encontravam aqui pelo calçadão, se batia um papo de
! política, de futebol, até mesmo mais futebol e com isso agora
! acabou.

NE : Mas ele continua fazendo o passeio no calçadão?

LÚCIA : É, continua, às vezes ele vai só, eu quando atrazo as coisas
! tenho que ficar fazendo o almoço, ele vai só, mas eu fico na-
! quela preocupação, eu digo: "vai, toma teu caldinho de cana e
! volta, cuidado com o sol quente". Ele sai com a bengalinha, o
! bonezinho, ele assim até parece um vovozinho de 80 anos, se
! tu conhecesse ele antes da doença, todo arrumadinho, só ven-
! do.

ND : Ela sentou ereta na cadeira, arrumou a gola do vestido, como
! que querendo mostrar como ele era antes, e fez isso com um
! sorriso no rosto.

NE : E ele visita os amigos, recebe os amigos em casa?

LÚCIA : É muito difícil, só tem um casal que é o sogro da minha filha
: eles vêm aqui ... agora teve a comunhão do neto e ele foi,
: foi na igreja, mas foi um lugar muito especial, porque o gen-
: ro é muito da igreja e arrumou com o padre um lugar pra ele
: ficar sentado separado, senão ele não ia aguentar ficar junto
: com todos, então só assim.

NE : Pelo que posso perceber, o circuito de locomoção de vocês é
: aqui mesmo na cidade, mas com relação à viagem que ele quer
: fazer para rever a terra, gostaria de lembrar a sra. que ex-
: iste nos laboratórios um atendimento especial para pacientes
: em CAPD que desejam viajar, é só avisar com mais ou menos um
: mês de antecedência prá onde vai, o endereço e quanto tempo
: pretende ficar, aí o laboratório ao invés de trazer as bolsas
: aqui, as entrega no local do passeio. Isso significa que vo-
: cês não precisam carregar as caixas junto, pois com toda segu-
: rança elas serão entregues no local onde vocês pretendem es-
: tar.

LÚCIA : Eu já fui informada desse sistema, mas ele funciona mesmo?

NE : Sim sra. e com toda segurança. Só concordo que vocês dois não
: deveriam ir sozinhos, o ideal é que, talvez, sua filha fosse
: junto.

LÚCIA : Eu sei, o difícil é a filha acompanhar, mas nós estamos pen-
: sando em fazer a vontade dele.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL.

NE : E com relação a pressão, qual é a pressão normal dele?

LÚCIA : Antes da doença era bem normal, 12 X 7, uma pressão ótima, de
: pois então é só 16, 15, varia muito, hoje vê o que ele tem a-
: qui ...

NO : Neste momento ela pegou as folhas de controle diário.

LÚCIA : 18 X 9, é muito variado. Tu vê, teve até 15 X 8, 16 X 9, mas
: eu já cheguei a conclusão, e o médico também disse, que é mui-
: to de fundo nervoso. Quando ele fica nervoso, ansioso, ele
: diz: "eu quero é passear, eu quero é sair", aí eu já sei que
: a pressão tá alta, aí a gente sai. Ele gosta de ir no super-
: mercado vê os preços dos vinhos prá dá às pessoas que nos seg-
: vem e alguns amigos, esse sr. aí mesmo.

NO : Ela se refere ao homem que esta montando o guarda-roupas no
: quarto.

LÚCIA : Isso distrai ainda muito ele, e a gente faz a vontade, é o
: que ele sempre gostou muito de fazer, desde antes, né?

NE : E o peso corporal dele?

LÚCIA : Agora ele tem 60 Kg.

NE : Este peso é cheio ou seco?

LÚCIA : É seco, em jejum e com a bolsa drenada, mas na balança do hospital ele tem mais, tem 62 Kg, eu acho que é o peso da roupa e dos sapatos. O peso dele mesmo é 60 Kg e com a bolsa 62 Kg.

NE : A sra. sabe ver o pulso?

LÚCIA : Não, eu não, mas a filha dele sabe, a Maria disse que o importante mesmo era saber tirar a pressão, né?

NE : E a temperatura?

LÚCIA : Essa eu sei, a dele é sempre normal, 36,5º, mas com essa infecção tem subido, 37º, 37º e pouco, ele mesmo sente e diz: "vem ver que estou com febre", e já chegou a 38º, mas com o antibiótico melhorou, tá em média 37,3º.

NE : Agora vamos falar do corpo dele, dos sistemas orgânicos. Com relação ao sistema cardiovascular, ele apresenta a cardiopatia há 5 anos.

LÚCIA : Isso mesmo.

NE : Já o sistema respiratório, ele teve a bronquite, mas depois de tratada não trouxe mais problemas?

LÚCIA : Nada, graças a Deus.

NE : O sistema músculo-esquelético, ou seja, o corpo em si, os ossos e músculos.

LÚCIA : Os problemas são todos pela trombose e também por ele não se alimentar como devia, se ele se alimentasse bem, seria forte, disposto.

NE : E a relação de vocês como marido e mulher?

LÚCIA : Bom, isso mesmo depois da CAPD ainda tinha normalmente, mas
: agora depois da trombose acabou, foi desinteresse dele, ele
: disse que não tinha mais condições.

NE : Ele aceitou bem essa mudança ou foi um processo difícil?

LÚCIA : Não, ele é uma pessoa que nunca se queixa de nada, nunca, nun-
: ca se queixou, e também eu nunca perguntei.

NE : Mas vocês conversaram sobre o assunto?

LÚCIA : Não, nunca, eu aceito tudo sem perguntas.

NO : Sinto nossa conversa discorrer com bastante informalidade,
: fluindo sem contrangimento, com naturalidade.

NE : Vocês procuram orientação médico-dentária apenas quando pre-
: cisam ou como prevenção e controle?

LÚCIA : Antes era aquela coisa, sempre que precisava, né? Mas agora
: se tornou um hábito e uma necessidade fazer a prevenção e o
: controle.

NE : Vocês recebem algum benefício social tipo INAMPS, por exem-
: plo?

LÚCIA : Tem, tem sim, tem a aposentadoria do exército que é o salá-
: rio dele, tem o INAMPS e o FUSESC que ele tem direito pelo
: exército, e com isso ele tem atendimento em qualquer hospital
: e o INAMPS é que graças-a Deus mantém o tratamento.

NE : Bom, a sra. já falou que ele não tem nenhuma atividade de gru

! po, em comunidade e em casa vocês o poupam das decisões mais
! difíceis.

LÚCIA : Isso mesmo, mas só depois da trombose, né?

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM-ESTAR

NE : Com relação aos órgãos dos sentidos, vejamos: a visão e a
! leitura.

LÚCIA : Hoje é fraca, usa óculos, mas lê bem.

!

NE : A audição.

LÚCIA : Fraca por conveniência, só ouve o que interessa.

!

NE : Memória.

LÚCIA : Fraca para fatos recentes.

!

NE : Coordenação motora.

LÚCIA : Fraca pela trombose.

!

NE : Comportamento.

LÚCIA : Exigente, ansioso, deprimido.

!

NE : Relacionamento familiar.

LÚCIA : Excelente.

!

NE : Ele tem hábitos de fumar e/ou beber?

LÚCIA : Não, graças a Deus nunca teve, e o exército é muito rigoroso

! nisso, né? Ele tomava assim uma cervejinha ou um vinho no
! churrasco com a família e até hoje de vez em quando ele dá
! uma provadinha prá não esquecer o sabor.

!

NE ! E alergias, ele tem alguma?

LÚCIA ! Não, também nunca teve.

!

NE ! Agora vamos falar um pouco sobre moradia: vocês residem num
! local bem próximo ao centro da cidade. Quantos cômodos tem o
! apartamento?

LÚCIA ! No todo são: 2 quartos, 1 sala, 1 banheiro, 1 cozinha, área
! de serviço, mais um quarto que eu fiz despensa, e onde faço
! as trocas que é um banheiro que seria de empregada. Eu isolei
! ele é todo azulejado, tem uma mesinha de fórmica, a pia, en-
! tão tenho tudo a mão para fazer as trocas. É tudo muito lim-
! po e ninguém usa além das trocas do velhinho. A despensa fica
! ao lado e é onde eu armazeno todo o material da CAPD.

!

NE ! As redes de água, esgoto e eletricidade são da CASAN e
! CELESC?

LÚCIA ! Isso mesmo, a que todo mundo usa.

NO ! CASAN e CELESC serviços de saneamento e eletricidade de SC.

NE ! Tem animais domésticos?

LÚCIA ! Em apartamento não dá, né? Além disso, com a CAPD não dá prá
! ter bicho em casa. —

NE : Tem eletrodomésticos que facilitam sua vida?

LÚCIA : Há sim, tudo sem luxo, mas graças a Deus tenho tudo.

:

NE : Vocês têm telefone e carro?

LÚCIA : Temos sim, mas o carro quase só é usado para passear, nós não
temos motorista e eu não sei dirigir, então numa urgência a
gente usa muito táxi.

:

NE : Tem um ponto de táxi aqui do lado, no hotel, né?

LÚCIA : Tem sim e qualquer coisa é só chamar o 197 que vem rapidinho.

:

NE : O apartamento é próprio ou alugado?

LÚCIA : Graças a Deus é próprio.

:

NE : O apartamento é bem arejado, recebe sol.

LÚCIA : Graças a Deus, agora no verão o sol bate em todas as janelas,
por isso não temos problema de umidade, o velhinho gosta muí-
to de sol, da nossa casa de praia, acho que de verdade o que
mais incomoda ele é não poder mais fazer o churrasquinho da
família.

:

NE : Quais as fontes de renda da família?

LÚCIA : Tem a aposentadoria do exército do velhinho que é o que man-
tem a casa. A filha trabalha, mas o que ela ganha é prá ela
mesma, não dá nenhuma despesa em casa. Eu não trabalho fora,
não dá, né?

:

NE : Essa aposentadoria cobre todas as despesas?

LÚCIA : A gente tem que dá um jeitinho, compra uma coisa, não compra
: outra, é assim, né? Atende mais o tratamento dele, porque só
: de farmácia vai muita coisa.

B - DE DESENVOLVIMENTO

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO

NE : O controle laboratorial é feito regularmente?

LÚCIA : Todo o mês sem atrasar um dia, quinta-feira agora, hoje é
: quarta?

NE : Sim, é quarta.

LÚCIA : Então amanhã mesmo ele tem que fazer os exames mensais.

NE : Também uma vez por mês é feita a troca do equipo?

LÚCIA : É sim, agora nesse novo congresso, não sei se tu participas-
: te.

NO : XIV Congresso Brasileiro de Nefrologia, IV Congresso Brasilei
: ro de Enfermagem Nefrológica e I Congresso Latino-Americano
: de Diálise Peritoneal.

NE : Sim, eu participei.

LÚCIA : Então parece que já tem novidade quanto ao tempo de troca do
: equipo, parece que a inovação é trocar de 2/2 meses, 45 dias
— : não sei bem, estou aguardando orientação da Maria prá ver se
: vai ter alguma novidade, tu sabes alguma coisa?

NE : Sim, como a sra. sabe existem dois laboratórios no Brasil que
: fazem a CAPD, o TRAVENOL, que seu esposo usa, e o HIPLEX, que
: está sendo iniciado agora em Florianópolis. O Travenol faz
: trocas mensais, o Hipler, bimensais. A novidade são as expe-
: riências no sentido de prolongar o tempo de vida do cateter,
: ou seja, aumentar o tempo entre as trocas, o que vai implicar
: em menos risco de contaminação e maior economia. Muito em bre-
: ve, provavelmente, teremos novidades sobre o assunto.

LÚCIA : Então está explicado, agora dia 11 é a troca do velhinho.

NE : Nós já falamos um pouco sobre isso, mas como foi que ele enca-
: rou o fato de ter que conviver com essa doença?

LÚCIA : Prá ele foi o fim do mundo, até hoje ele só fala assim: que
: dias dele estão contados, que ele vai morrer. Ele já quiz fa-
: zer até o testamento, ou melhor, já fez, mas nos animamos
: muito ele. Morrer todos nos vamos, só Deus sabe se eu não vou
: antes dele né mesmo? Mas ele quiz fazer, nós deixamos, como
: sempre, ele é muito organizado.

NE : Me diga uma coisa, com relação a CAPD ele já apresentou algum
: tipo de complicação?

LÚCIA : Voce diz peritonite? Já sim, início de peritonite ele já teve
: logo no começo do tratamento, mas graças a Deus nunca mais te-
: ve nada. Ele foi atendido muito rapidamente, percebi o liqui-
: do turvo, falei com a Maria e ele foi internado, mas não in-
: terrompeu o tratamento, ficou fazendo as trocas no hospital e
: tomando a medicação na bolsa e logo ficou bom.

NO : Seguindo o instrumento teríamos os dados relativos a história
: da doença, mas no início da nossa entrevista, quando falamos
: do diagnóstico, o assunto foi abordado. Continuaremos seguindo
: do o instrumento, mas agora abordaremos apenas os aspectos
: que ainda não foram discutidos.

NE : Com relação a presença do cateter abdominal, seu esposo se
: sente incomodado com a presença do mesmo?

LÚCIA : No início acredito que realmente incomodasse, Ele se queixava
: da barriga, mas agora ele acostumou.

NE : A presença da bolsa também já é familiar para ele?

LÚCIA : Sim, também já se acostumou, fica bem dobradinha, não incomo-
: da não.

NE : A presença do líquido intra-abdominal?

LÚCIA : Também já não incomoda, foi só questão de adaptação. No iní-
: cio ele dizia que a bexiga estava cheia, mas agora não.

NE : A sra. faz 4 trocas por dia?

LÚCIA : É 4 trocas.

NE : Quais as concentrações?

LÚCIA : 3 vezes a de 1,5 e noite sim - noite não a de 4,25. Como eu
: já te falei, eu uso toda a técnica que deve ser feita : (1)
: limpo tudo com álcool, (2) coloco o material necessário na me

! sa, (3) coloco a máscara, (4) lavo bem minhas mãos com o pol-
! vidine, bem tudo isso quando o líquido já drenou, né? Aí eu
! sigo tudo como manda direitinho, nunca tive problema.
! Tu vê, né, no início da doença o velhinho chorava, ele não
! queria fazer hemodiálise, o sonho dele sempre foi fazer o
! transplante, fez todos os exames, foi até São Paulo, a filha
! ia doar pra ele, mas aí veio a trombose. Quando soube que não
! ia mais ser operado, ele chorava feito criança e não queria
! mesmo fazer a hemo.

NE ! Então a sra. acha que o CAPD foi o ideal pra ele?

LÚCIA ! Foi sim, se o velhinho tivesse que fazer a hemo acho que já
! tinha morrido, mais de desgosto que qualquer outra coisa. Eu
! tenho a impressão que ele não existiria mais. A trombose aca-
! bou com o sonho dele de fazer o transplante, ele já não é jo-
! vem, né? E ficou muito debilitado. Eu não vejo ele fazendo
! outro tratamento que não seja esse.

NE ! Como a sra. se sente fazendo as trocas?

LÚCIA ! Olhe, minha vida hoje é cuidar dele. Eu há muito tempo que
! esqueci de mim. Já faço tudo por ele com tanta naturalidade
! que nem percebo. Apesar de não ser mais jovem, não sinto isso
! como um peso. Acho que é porque eu me sinto feliz em poder
! ajudá-lo

NO ! Percebo uma expressão de serenidade em seu rosto. Seu aspecto
! físico demonstra cansaço, mas ela é ativa, interessada e em
! nenhum momento deixa transparecer desânimo.

NO : Dona Lúcia é uma pessoa prática e, observando o instrumento,
: percebo que os aspectos motivacionais e boa parte dos aspectos
: cognitivos já foram reportados por ela, no decorrer da
: nossa entrevista, além do que, é uma pessoa que demonstra muito
: conhecimento em relação aos procedimentos técnicos da CAPD
: como evitar suas complicações e o que fazer caso ocorram. Por
: isso agora investigaremos seus conhecimentos acerca das complicações
: médicas.

NE : Agora vou falar alguns sintomas e a sra. vai me dizer porque
: eles acontecem e o que fazer na presença de cada um deles. Comeceira.

LÚCIA : É quando tem muita uréia e creatinina no corpo.

NE : Muito bem. Diarréia ou constipação.

LÚCIA : Voce já me explicou, é quando tem algum problema com a alimentação,
: como o velhinho que agora não está se alimentando bem e tá com as fezes ressecadas, né?

NE : Isso mesmo, pode ser por deficiência alimentar, de hidratação
: e a diarréia também pode ser provocada pela peritonite.

LÚCIA : Isso mesmo, isso mesmo.

NE : Dor no ombro.

LÚCIA : Isso eu não sei, nunca ouvi falar.

NE : A dor no ombro pode ser causada pela entrada de ar no abdômem

! durante a infusão do líquido na cavidade peritoneal.

LÚCIA : Tu vê, eu sempre tive o maior cuidado prô não deixar entrar
! ar, mas eu nunca sabia que podia dar dor no ombro.

NE : Agora a sra. já sabe porque orientamos para nunca infundir
! todo o volume da bolsa, primeiro para não provocar a dor no
! ombro e segundo para que o plástico da bolsa não cole e fique
! difícil de dobrá-lo direitinho.

LÚCIA : Agora eu entendi, eu nunca deixei entrar ar no velhinho e agora
! ra então vou ter mais cuidado ainda.

!

NE : Náuseas, vômitos, fraqueza, moleza no corpo.

LÚCIA : É a hipotensão, a pressão baixa, mas a náusea e vomito também
! pode ser peritonite se tiver febre e o líquido drenar turvo.

!

NE : Excelente, dona Lúcia. Dor de cabeça, inchaço, inquietude,
! falta de ar.

LÚCIA : É a pressão alta, eu conheço bem porque o velhinho às vezes
! tem.

!

NE : Líquido drenado sanguinolento.

LÚCIA : Infecção?

NE : Pode ser, mas isso é comum de acontecer nas mulheres em CAPD,
! durante o período de ovulação e menstrual. Esse não é o caso
! do sr. Lúcio.

LÚCIA : Quer dizer que as mulheres voltam a menstruar?

NE : Sim sra., a CAPD consegue normalizar o nível hormonal do or-
! ganismo e a menstruação volta a aparecer.

LÚCIA : Vejam só, isso também eu não sabia. Esse tratamento é mesmo
| bom, né?

NE : Dona Lúcia, a sra. tem alguma dúvida? Quer me fazer alguma
| pergunta?

LÚCIA : Pelo amor de Deus, acho que já conversamos sobre tudo e eu a-
| prendi muito com a nossa conversa. Às vezes a gente pensa que
| sabe tudo e quando vai ver direitinho não sabe quase nada ...

NO : Risos. Ela levantou e me convidou para conhecer o apartamen-
| to. Em todos os cômodos a limpeza e a arrumação são constan-
| tes, a decoração é de muito bom gosto. Me detive no quarto do
| sr. Lúcio, observei a disposição dos móveis e constatei que
| lá existe apenas o indispensável: uma cama de casal, um guar-
| da-roupas embutido e um movel com a televisão em cima; não
| tem tapetes soltos e o piso é forrado com carpet; na cabecei-
| ra da cama tem um sininho que, segundo dona Lúcia, "é pro ve-
| lhinho chamar a gente quando precisa de alguma coisa. Ele
| dorme sozinho pra ficar mais a vontade na cama. Como tu ve,
| tiramos tudo que pudesse machucá-lo, assim não tem perigo".

NO : Neste momento chegam o sr. Lúcio e sua filha Luciana. Ela nos
| conta que a infecção já regrediu e que o pai esta muito bem.
| Sr. Lúcio aparenta cansaço, com expressão abatida. Dona Lúcia
| contou-lhe sobre nossa conversa e dos novos conhecimentos que
| adquiriu. Falou-lhe sobre cada um dos seus déficits e refor-
| çou a importância de desenvolver ações terapêuticas para su-

! pri-los.

!

NO ! O sr. Lúcio emociona-se com facilidade. Para tentar animá-lo
! comecei a falar do nordeste, suas belezas e suas comidas.
! Ele animou-se e relembrou um pouco do seu passado. Aproveitei
! a oportunidade para falar-lhe da importância da alimentação,
! da hidratação, do equilíbrio entre as atividades e o repouso,
! e, principalmente, do seu interesse e motivação pela vida e
! com o tratamento. Ouviu-me atento, concordando com os movi-
! mentos de cabeça. Perguntou-me quando eu voltaria para a Ba-
! hia e eu respondi-lhe que, provavelmente, antes do natal, mas
! que estaria logo de volta. Ele sorriu e disse:

LÚCIO ! Se eu lhe pedir prá me trazer camarão seco, você traz?

NE ! Mas é claro, sr. Lúcio, mas o sr. vai me prometer colaborar
! com dona Lúcia e que vai se esforçar para se alimentar melhor
! combinado?

LÚCIO ! Está bem, tenho muita saudades da comida do nordeste e com o
! camarão a velhinha vai fazer coisas bem gostosas.

!

NE ! Como já se fazia tarde e o sr. Lúcio aparentava cansaço, me
! despedi da família, combinando que antes do natal voltaria a
! vê-los. Dei-lhes meu telefone e meu endereço, dizendo-lhes
! que estava a disposição e que poderiam procurar-me em qual-
! quer eventualidade.

PACIENTE II

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Mantive apenas um rápido contato com o casal durante um encontro no H.G.C.R.. Na oportunidade o cliente, acompanhado de sua esposa, havia ido ao Centro Nefrológico para a realização dos exames periódicos. A enfermeira Maria nos apresentou e me identificou como "a enfermeira que falei para vocês, ela está fazendo uma pesquisa e deverá visitá-los em breve". Como o sr. Carlos estava em jejum, nos despedimos depois de combinarmos que eu lhes telefonaria para agendarmos a visita. A minha primeira impressão é que se trata de pessoas simples. Senti dona Carla mais comunicativa, mais solta, e o sr. Carlos mais retraído, embora muito simpático.

Numa terça-feira, quatro dias depois do nosso primeiro contato, telefonei para marcar a visita. Falei com a irmã do sr. Carlos. A sensação que tive era de que toda a família já me conhecia; sr. Carlos concordou que nos encontrássemos na sexta-feira às 9 horas da manhã, me indicou o transporte que eu deveria pegar e todos os pontos de referência para chegar à sua casa.

No dia marcado, saí cedo de casa, pois como não conheço o local onde reside o cliente, não queria correr o risco de chegar atrasada. Não tive dificuldade: as indicações foram precisas. Aguardei alguns minutos, pois ainda era cedo e em seguida toquei a campainha. Fui recebida por uma jovem de aproximadamente 20-25 anos, nora do sr. Car-

los, que me convidou a entrar, dizendo que eles estavam me esperando. Levou-me até uma sala grande, onde em um dos sofás dormia uma criança. Informou-me que dona Carla estava terminando a troca da bolsa do sr. Carlos e que não demoraria. Mostrou-me uma poltrona e convidou-me a sentar.

Enquanto espero, observo o ambiente: é uma casa simples, sem luxo, mas agradável; o ambiente é limpo, com boa aeração; os móveis e a pintura das paredes são antigos, mas bem conservados; o chão é de um mosaico antigo aparentando bastante uso, porém limpo. O espaço físico é dividido pelos móveis formando duas salas: no fundo, uma mesa rodeada por seis cadeiras, uma estante de três corpos com uma televisão, alguns livros e outros objetos de decoração; na entrada, dois sofás grandes formando um "L", duas poltronas, uma cadeira do papai e uma mesa de centro; todos os móveis são escuros, nas paredes alguns quadros de paisagens, um quadro da santa-ceia e um calendário.

Logo em seguida chegou o casal. Após os cumprimentos, pedi desculpas por me fazerem esperar. Sentamo-nos, pedi permissão para usar o gravador, pois assim eu não perderia detalhes da nossa conversa e ambos concordaram. Expliquei que poderiam interromper a qualquer momento para fazerem perguntas ou pedir esclarecimentos caso sentissem necessidade. E continuei dizendo:

" ... como vocês sabem, eu sou enfermeira e estou fazendo um trabalho para conclusão do meu curso de mestrado aqui em Santa Catarina, e esse trabalho é na área de nefrologia, ou seja, com pacientes renais e que estão em tratamento de CAPD. Eu sou professora em uma universidade da Bahia e ensino essa parte da assistência ao paciente

renal, daí o meu interesse em fazer este trabalho; além de que, pretendo dar continuidade a esse estudo quando voltar à minha escola".

Percebo muita atenção do casal enquanto falo; neste momento dirijo-me diretamente ao sr. Carlos e dou início, de acordo com o instrumento que elaborei, ao levantamento de dados, como se segue.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

DATA 30/11/88

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Carlos
ESTADO CIVIL: Casado IDADE: 48 SEXO: M N° FILHOS: 06
ESCOLARIDADE: Primário RELIGIÃO: Católica
PROFISSÃO: comerciante OCUPAÇÃO: aposentado SALÁRIO: 50.000,00
DIAGNÓSTICO: Insuficiência renal crônica
TRATAMENTO ATUAL: CAPD INÍCIO: 30/06/88
TRATAMENTOS ANTERIORES E DURAÇÃO DOS MESMOS
() DP - -----
() HD - -----
() TX - -----
() CAPD - -----

MEMÓRIA: () boa (X) regular () fraca

COMPORTAMENTO: (X) cooperativo () ansioso () deprimido
() exigente () alheio () manipulativo

VISÃO: () boa (X) regular () fraca () meios auxiliares

AUDIÇÃO: (X) boa () regular () fraca

COORDENAÇÃO: (X) boa () regular () fraca

CAPACIDADE DE APRENDIZADO: () boa (X) regular () fraca

CAPACIDADE DE LEITURA: () boa () regular (X) fraca

RELACIONAMENTO FAMILIAR: (X) bom () regular () fraco

COMENTÁRIOS: apresenta condições físicas, motoras e cognitivas para o desenvolvimento de suas ações terapêuticas de auto-cuidado, mas é dependente da esposa para a realização das mesmas.

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

NE : Vocês são casados?

CARLOS : Sim.

:

NE : Qual sua idade sr. Carlos?

CARLOS : 48 anos.

:

NE : Quantos filhos vocês tem?

CARLOS : Seis filhos.

:

NE : Qual a sua escolaridade, ou seja, até que ano o sr. estudou?

CARLOS : Eu tenho o primário.

:

NE : Qual a sua religião?

CARLOS : Católica.

:

NE : Praticante?

CARLOS : Às vezes, nunca fui muito de ir à igreja.

NE : Qual a profissão do sr.?

CARLOS : Comerciante.

:

NE : Comerciante era a profissão que o sr. exercia, e agora?

CARLOS : Agora estou parado.

:

NE : Parado ou aposentado?

CARLOS : Agora aposentado pelo INAMPS, e na firma os papéis estão an-
dando.

NE : E quanto o sr. recebe pela aposentadoria do INAMPS?

CARLOS : Na faixa de ... Não chega a 3 salários mínimos.

NE : Isso é o que o sr. recebe pela sua aposentadoria, e aqui em
sua casa, tem mais alguém que trabalha?

CARLOS : Tem dois filhos que moram aqui em casa e ajudam, né?

NE : Os seus dois filhos ajudam?

CARLOS : Um ajuda, né? Mas o outro ganha tão pouco que não dá pa-
ra deixar nada aqui, ganha pouco, salário mínimo.

NE : Se nós juntarmos todas as rendas da casa, quanto daria o to-
tal em um mês?

CARLOS : É só 3 salários mesmo, pois o outro filho começou a tra-
balhar agora no dia 10, ainda não tem nem um mês.

NO : A nossa entrevista acontece no dia 25 de novembro.

NE : E essa quantia que o sr. recebe da aposentadoria dá para co-
brir as despesas da casa durante um mês?

CARLOS : Não, não dá.

NE : E como vocês fazem?

CARLOS : Eu tenho a ajuda da firma, que enquanto não regulariza minha
: situação está me ajudando.

NE : Em que condições a firma lhe ajuda? Em dinheiro? Em manti-
: mentos? Como é essa ajuda?

CARLOS : É o meu vencimento, o mesmo que eu ganhava antes, eles con-
: tinuam me pagando até eu me aposentar pela firma também.

NE : E de quanto era o seu salário?

CARLOS : Não chega a 5 salários mínimos.

NE : Sendo assim, a sua família conta com um aproximadamente
: 8 salários mínimos por mês, estou certa?

CARLOS : É isso mesmo, mais ou menos 8 salários por mês.

NE : Com relação à sua doença, qual o seu diagnóstico inicial, ou
: seja, quando o sr. começou a ter problemas renais o que os
: médicos disseram que era?

CARLOS : Até hoje não sei. No começo era úlcera, gastrite, anemia,
: tal, remédio sempre e eu nunca melhorei. Eles não disseram o
: que era. Aí minha esposa e eu resolvemos mudar de médico,
: mudamos, fizemos um monte de exames, aí eles disseram que
: era problema renal e que não tinha mais nada a fazer, que
: não tinha mais cura.

NE : Nesse período em que o sr. estava de um médico para outro e
: fazendo exames, o que o sr. sentia?

CARLOS : Eu tinha problemas nas pernas, na hora que eu parava não conseguia ficar sentado, eu tinha que andar porque não conseguia ficar sentado, nem cruzar as pernas, não era fraqueza, era câimbra. Eu não sei como te explicar. E tinha também fraqueza nas costas, muita. Os médicos me davam remédio dizendo que era coluna.

NO : Enquanto falava, o sr. Carlos levava as mãos às pernas e às costas, mostrando os locais onde sentia dores. Sua expressão é calma, ele fala lento e pausado.

NE : Como era a urina do sr.?

CARLOS : Eu urinava muito à noite, mas era bem pouco, quase nada.

NE : O sr. quer dizer que ia varias vezes ao banheiro, mas que a quantidade de urina era pouca?

CARLOS : É isso mesmo. Levantava muito e não urinava quase nada.

NO : Nesse momento me dirigi a dona Carla que acompanhava nossa conversa atentamente e disse-lhe que se sentisse à vontade em participar junto conosco da conversa. ela aquiesceu com a cabeça sorrindo.

NE : Quando o sr. começou a CAPD?

CARLOS : Dia 30 de junho desse ano.

NE : Antes do sr. iniciar a CAPD o sr. fez algum outro tipo de

! tratamento renal além do medicamentoso?

CARLOS : Não, fora os remédios só fiz a CAPD, isso é, faço, né?

!

NE : O sr. tem boa memória?

CARLOS : Razoável, né? Não é lá grande coisa.

!

NE : Tem boa visão?

CARLOS : Tenho problema de vista, eu uso óculos, mas não é nada sério, eu uso o óculos mais para ler.

!

NE : E sua audição, o sr. ouve bem?

CARLOS : Sim é boa, escuto bem.

!

NE : O sr. tem boa coordenação motora, isso é, o sr. controla bem seus movimentos de acordo com sua vontade?

CARLOS : Tenho sim.

!

NE : O sr. tem facilidade em aprender as coisas?

CARLOS : Não, não, não aprendo fácil.

!

NE : O sr. tem facilidade para ler?

CARLOS : Eu não leio bem e também não consigo ficar muito tempo lendo, eu tenho interesse, mas não consigo ler.

!

NE : Se eu lhe entregar uma manual tipo o de orientação de CAPD, o sr. lê e entende tudo?

CARLOS : Ai sim, né? Não tem problema, claro que eu leio e aprendo

: tudo.

:

NE : E o seu relacionamento com a família, sr. Carlos, o sr. con-
: sidera bom, regular, como é?

CARLOS : É bom, ne? A gente não tem grandes problemas, é o dia-à-dia
: de toda família.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

NE : O sr. tem algum problema respiratório?

CARLOS : Não, não, problema nenhum, às vezes uma gripe, ainda semana
: passada eu tive uma gripe, probleminha comum, mas logo fi-
: quei bom.

:

NE : O sr. não ficou com catarro no peito, tosse ou mesmo com
: dificuldade para respirar?

CARLOS : Não, não. Como eu disse, foi só uma gripe. Também, com essas
: mudanças de temperatura não dá para escapar de um resfriado,
: mas é só isso. Logo, logo fico bom e sem problema.

:

NE : O sr. tem boa expansão pulmonar, isso é, o sr. enche bem o
: peito quando respira?

CARLOS : Tenho sim, não tem problema nenhum.

:

NO : Nesse momento sr. Carlos inspirou profundo e expirou em seguida, demonstrando que não tem problemas.

:

NE : O sr. sabe da importância de uma boa respiração para se evitar problemas respiratórios?

CARLOS : Claro que sim, mas quanto a isso pode ficar tranqüila.

:

NE : O sr. fuma?

CARLOS : Fumava, né? Já faz 10 anos que parei e não fumo mais, também não bebo nada de álcool.

:

NE : Aqui onde vocês moram tem poluição?

CARLOS : Antes tinha, mas depois que acabaram a construção do lado e asfaltaram a rua esse problema acabou. Pode vê, né? é tudo limpo e minha esposa tem muito cuidado com a casa.

:

NO : Mostrou a casa, demonstrando que dizia a verdade.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO HÍDRICA

NE : Com relação a água, quanto de líquido o sr. bebe por dia?

CARLOS : Bem eu ... eu tomava muita água antes, depois eu passei a não tomar quase nada e hoje eu tomo mais de um litro por dia.

:

NE : O sr. sabe da importância dos líquidos em nosso organismo e líquido não é só água, mas também suco, leite, café, os pro-

| prios alimentos, as sopas ...

CARLOS | Sim, eu sei e tenho consciência disso. A única coisa que não
| bebo é refrigerante e bebida com álcool. Juntando tudo eu
| bebo muito mais de um litro por dia, bebo muitó suco, café,
| leite, água ...

|

NO | Dona Carla faz sua primeira interferência, dizendo:

|

CARLA | Quanto a isso ele não dá trabalho, ele está sempre bebendo
| alguma coisa, chega na cozinha e pede um suco, um café, tan-
| to é que na geladeira tem sempre uma jarra cheia de suco que
| ele gosta.

|

NE | O sr. faz seu balanço hídrico, isso é, o sr. tem um controle
| do líquido que toma, da infusão das bolsas e quanto é drena-
| do em cada troca?

CARLOS | Sim, nós fazemos isso todos os dias ...

|

NO | Enquanto fala, o sr. Carlos olha para dona Carla como se pe-
| disse ajuda e ela entende o que ele quer.

|

CARLA | Sim, nós marcamos tudo naquelas folhas que a enfermeira Ma-
| ria nos dá. Sempre que é feita a drenagem da bolsa nos con-
| trolamos e sempre drena mais que os dois litros infundidos,
| isso quer dizer que ele está eliminando também o líquido que
| ele tomou. É tudo marcado e controlado, nunca tem problema.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

NE : Sr. Carlos, como é sua alimentação?

CARLOS : Eu como praticamente de tudo, normal, igual a comida dos outros, mas eu como pouco.

NE : Mas o sr. está comendo pouco agora, ou sempre foi assim?

CARLOS : Antes eu comia bem melhor.

NE : E o que o sr. acha que está acontecendo, porque agora o sr. come menos?

CARLOS : Não é por falta de apetite, é que agora eu controlo um pouco mais minha alimentação, eu estava engordando muito.

CARLA : É, agora estando em casa o tempo todo ele ficava beliscando nos intervalos das refeições, por isso estava engordando e na hora que sentava na mesa já não tinha tanta fome.

NE : Vocês acham que a alimentação atual é suficiente para sua nutrição?

CARLOS : Claro, só estou controlando um pouco para não engordar.

NE : Uma coisa que alguns clientes de CAPD relatam é que estão se alimentando pouco devido a sensação de estômago cheio causada pela presença do líquido na cavidade abdominal. O sr. tem essa sensação?

CARLOS : Não, não, eu nunca tive essa sensação, eu estou comendo me-

! nos apenas para não engordar.

!

NE ! Bom, já que é assim ... o que o sr. come?

CARLOS ! Tudo. Feijão, arroz, carne, tudo o que está na mesa.

!

NE ! Come verduras?

CARLOS ! Sim.

!

NE ! Come frutas?

CARLOS ! Também. Como de tudo, como já disse.

!

NE ! O sr. sabe da importância de uma boa alimentação, inclusive
! com frutas, verduras e líquidos para o bom funcionamento in-
! testinal?

CARLOS ! Sim, nós temos consciência disso e no treinamento a gente é
! bem ensinado. Só não como essas coisas quando não dá para
! comprar, sabe como é, né? No período de entressafra fica tu-
! do muito caro, mas quando o dinheiro dá, tem sempre bastante
! aqui em casa.

!

NE ! O sr. tem preferência por algum tipo de alimento ou existe
! algum que o sr. não goste?

CARLOS ! Não, como eu já disse, eu como de tudo, não existe nada que
! eu goste mais ou que eu não goste.

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO

NE : Como é o funcionamento intestinal, sr. Carlos?

CARLOS : Funciona bem.

:

NE : Diariamente?

CARLOS : Sim, diariamente, logo quando implantei o cateter prendeu um,
: pouco, mas agora é normal todo dia, sem problema nenhum.

NE : O sr. tem problema de hemorróida?

CARLOS : Não, nenhum problema. Como disse, prendeu um pouco só no co-
: meço.

:

NE : E o funcionamento urinário, o sr. urina?

CARLOS : Urino bem, agora. Desde que começou a CAPD passei a urinar
: normal.

:

NE : É como se o seu rim tivesse voltado a funcionar normalmente?

CARLOS : É sim, já não urino mais à noite como quando comecei a ter
: problema e durante o dia é normal.

:

NE : Quantas vezes ao dia?

CARLOS : Umas 4 - 5 vezes.

:

NE : E a quantidade?

CARLOS : Normal, como antes. Mais pela manhã e durante o dia menos um
: pouco mais normal, não é mais aquele pouquinho.

:

NE : E as características, sr. Carlos, isso é, a cor e o cheiro?

CARLOS : É normal, claro e sem cheiro forte.

:

CARLA : Não tem nada de diferente na quantidade, na cor e no cheiro,
: parece urina de uma pessoa sem nenhum problema.

NE : Vocês controlam também a quantidade de urina que ele elimi-
: na? Vocês sabem que isso é importante para o balanço de lí-
: quidos que falamos antes, afinal a urina é líquido que ele
: elimina.

CARLOS : Antes era feito tudo certinho, mas de um tempo para cá a u-
: rina não está sendo medida.

:

NE : Mas o controle da urina também é muito importante, afinal é
: o líquido que o organismo está eliminando. Por exemplo, se
: vocês infundem 2.000 ml da bolsa e na drenagem vocês obser-
: varem apenas 1.900 ml, isso não é motivo de preocupação,
: porque na realidade o sr. Carlos não está retendo, pois ele
: elimina diariamente pela urina mais ou menos de 200 a 300
: ml, o que vem a compensar a drenagem de apenas 1.900 ml. Já
: se ele não urinasse, aí sim seria preocupante, pois ele es-
: taria retendo líquido. Vocês entenderam? É muito importante
: que se tenha o controle dos líquidos até mesmo para se evi-
: tar preocupações desnecessárias.

:

NO : O casal presta bastante atenção enquanto falo e balançam a
: cabeça afirmativamente como que concordando com a explica-
: ção.

NE : O sr. tem alguma alteração genital?

CARLOS : Não, nenhuma.

:

NE : O sr. sabe que nós perdemos líquidos no suor, na saliva, nas fezes, na urina, por isso é importante manter uma boa alimentação, uma boa ingestão de líquidos e um constante controle dos líquidos ingeridos e eliminados. Se a quantidade de líquido não for suficiente para o bom funcionamento intestinal podem surgir problemas como fezes ressecadas, p. ex., e isso para quem faz CAPD pode trazer complicações, pois as fezes retidas podem ser a causa de uma infecção, levando a uma peritonite, sem falar que o esforço físico para defecar pode causar o deslocamento e até mesmo a expulsão de uma parte do cateter, trazendo, assim, problemas sérios que podem ser evitados apenas com uma boa alimentação, hidratação, controle das excreções líquidas e das fezes.

:

NO : Durante o tempo que estou falando, olho para o casal alternadamente. Ambos concordam todo o tempo com movimentos da cabeça. Até a nora do casal sentou-se próxima a nós e ouviu tudo atentamente.

:

NE : Eu sei que vocês já foram orientados por Maria sobre tudo isso, nós estamos apenas relembrando a importância dos cuidados com a alimentação, hidratação, eliminação e do controle de líquidos. Um outro aspecto importante é a higiene na presença de complicações, principalmente as infecciosas.

: O sr. tem o hábito de fazer a higiene íntima após as elimi-
: nações?

CARLOS : Normalmente, logo que acordo vou ao banheiro, em seguida to-
: mo banho, aí minha esposa faz o curativo e a primeira troca
: da bolsa, durante o resto do dia elimino apenas urina, mas
: se evacuar novamente faço uma higiene rápida.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO.

NE : Quais as suas atividades atualmente? O que o sr. faz para
: preencher seu tempo?

CARLOS : Atualmente não, né? Dou uma caminhada.

NE : Diariamente?

CARLOS : Não. Não é sempre não.

CARLA : Ele está ficando preguiçoso, já não faz quase nada, fica em
: casa o dia todo.

NO : Risos, inclusive do sr. Carlos, que concorda balançando a
: cabeça

NE : O sr. sempre foi caseiro ou está caseiro agora?

CARLOS : Nunca fui de sair. Todo tempo que me sobrava eu ficava em
: casa. De vez em quando encontro alguns poucos amigos, mas
: agora eu tenho mais tempo que eles, eles continuaram traba-
: lhando e eu não, né?

NE : Então o sr. não alterou o seu modo de vida, apenas agora tem
: mais tempo de ficar em casa?

CARLOS : Isso mesmo, eu sempre vivi assim.

NE : O sr. dorme bem? Tem um sono tranqüilo?

CARLOS : Durmo bem, tenho um sono tranqüilo.

CARLA : Ele deita e dorme.

NE : Mais ou menos quantas horas por noite?

CARLOS : 8 - 9 horas por noite.

NE : Costuma descansar depois do almoço?

CARLOS : É só sentar e encostar que já durmo. Não resisto e durmo.

CARLA : Esse aí, coçar e dormir é só começar.

NO : Risos.

NE : Tem alguma coisa que o sr. gostava de fazer e não faz?

CARLOS : Tem sim. Saindo agora minha aposentadoria vou trabalhar na
: terra, fazer uma horta. Aqui tem bastante terra...

NO : Ele aponta em direção ao jardim em frente da casa.

CARLOS : ... quero mexer com verdura. É um trabalho leve e que eu
: gosto. Uma outra coisa é criar galinha. Tenho planos sim, e
: se Deus quiser vou ainda fazê-los sem compromisso, sem obri-
: gação, mas para me sentir útil, né? Prá ocupar meu tempo.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL.

NE : O sr. tem o apoio de sua família com relação ao seu novo es-
tilo de vida?

CARLOS : Sim, em todos os momentos.

NE : E seus amigos?

CARLOS : Continua tudo como antes, como eu disse, nunca fui muito de
sair, não alterou nada, é tudo do mesmo jeito.

NE : E com relação à equipe de saúde do hospital?

CARLOS : Lá é ótimo, o melhor atendimento possível. Não tenho a menor
queixa.

NE : E com os outros pacientes, o sr. manteve algum contato?

CARLOS : Não tenho conhecimento praticamente com quase nenhum. Só no
início, quando tive o treinamento, conheci duas pessoas e
depois só encontrei um deles uma vez só.

NE : O sr. tem 5 meses de CAPD e nesse período não tem mais ne-
hum contato com outros pacientes?

CARLOS : É. A gente também mora mais afastado, fica um pouco mais di-
fícil ...

NE : Ontem estive com um paciente que já faz CAPD há três anos e
meio e ele está pensando em reunir o grupo de pacientes de
CAPD para trocar idéias, experiências, falar de futebol, jo-

! gar um baralho, um dominó, enfim, uma maneira para que todos
! se conheçam. O que o sr. acha disso?

CARLOS : Acho muito interessante, é claro que me interessa. Seria
! muito bom. A sra. vê, outro dia encontrei três pessoas espe-
! rando o médico e depois nunca mais nos encontramos, tem ape-
! nas uma que morava aqui perto e a gente se via às vezes, mas
! ela morreu logo, já faleceu.

CARLA : Ela tinha muitos problemas, não era só o tratamento da CAPD
! que ela fazia, tinha outras doenças e faleceu logo.

!

NE : Bom, fica então a idéia das reuniões. Quantas pessoas moram
! aqui com vocês?

CARLOS : 7 pessoas: 5 adultos e duas crianças, mas até o mês passado
! tinham mais dois adultos e 3 crianças. Eram 12 ao todo.

NE : E quantos cômodos tem a casa?

CARLOS : São 3 quartos, banheiro, sala e cozinha.

!

NE : O sr. é chegado, tem mais afinidade com alguém da família?

CARLOS : Não, todos é a mesma coisa, o gosto é igual.

!

NE : Quantas pessoas da família receberam o treinamento da CAPD?

CARLOS : Só eu e minha esposa.

!

NE : Só que o sr. fica quietinho no seu canto e não faz nada.

!

NO : Risos do sr. Carlos.

CARLOS : Não, não faço nada. Ela é quem faz tudo, desde o início, no
| hospital, ela começou fazendo e ficou até hoje.

NE : O sr. se acomodou?

NO : Novamente risos.

CARLOS : É isso mesmo, me acomodei, mas se tiver necessidade eu faço.

NE : Quer dizer que se houvesse algum impedimento com sua esposa
| o sr. tem condições de fazer as trocas e os curativos?

CARLOS : Tenho sim, sem problemas.

CARLA : Ele dá desculpa de que rói as unhas e que fica com os dedos
| feridos prá não fazer as trocas, mas ele presta atenção em
| tudo, às vezes faço de conta que esqueço de alguma coisa e
| ele está ali corrigindo tudo, prestando muita atenção. Ele
| ficou preguiçoso e acomodado.

NO : Risos.

NE : A sra. não gostaria que mais alguém fosse treinado para aju-
| dá-la nas trocas?

CARLA : Era bom, né? Ele é comodista e não faz. Se tivesse alguém
| prá me ajudar me folgava mais, né? às vezes, na hora da tro-
| ca não estou em casa, tenho que voltar correndo, se tivesse
| outra pessoa que fizesse, ou ele mesmo, era mais tranquilo.
| Tem dia que passa da hora porque não dou conta de chegar em

! casa na hora certa. Mas, pensando bem, é melhor não, senão
! ele vai até deixar de prestar atenção nas coisas, assim como
! está é melhor porque tenho certeza que se tiver necessidade
! ele pode se virar e faz tudo certinho.

!

NE ! Está vendo, sr. Carlos. Que tal o sr. começar a se revezar
! com dona Carla? O sr. precisa assumir junto com ela a res-
! ponsabilidade do seu tratamento.

CARLOS ! Eu sei disso, mas fico com medo de fazer bobagem. Ela tem
! mais prática, é mais segura.

!

NE ! Se o sr. começar a fazer também, logo, logo o sr. pega a
! prática, ganha confiança e perde o medo, além do mais, dona
! Carla não vai deixá-lo sozinho, ela vai estar do seu lado,
! estou certa, dona Carla?

CARLA ! Mas é claro, e ele sabe disso.

CARLOS ! É ... a gente pode tentar.

!

NE ! Quando eu voltar aqui quero ter boas notícias e se o sr. con-
! cordar, venho mais cedo para ver a troca, posso?

!

NO ! Riso tímido do sr. Carlos.

!

CARLOS ! Está certo, a sra. pode vir.

!

NE ! O sr. sente solidão?

CARLOS ! Não. Eu não gosto muito de movimento, mas não sou uma pessoa

! solitária.

CARLA : Ele gosta de ficar sozinho, mas não é uma pessoa solitária.

!

NE : O sr. se sente discriminado por alguém, isto é, alguma pessoa mudou a maneira de tratá-lo?

CARLOS : Não, os amigos continuam os mesmos, como eu já falei não sou um homem de gostar da rua. A única diferença é que eu trabalhava e passava o dia inteiro fora, agora não, eu fico o tempo todo em casa. Fora isso nada mudou.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

NE : Com relação a sua pressão, normalmente qual o valor?

CARLOS : 12 X 8, 13 X 9, é boa, né? Normal.

!

NE : Qual a sua altura?

CARLOS : 1,75 mts.

!

NE : Qual o seu peso seco atualmente?

CARLOS : 78 Kg.

!

NE : E o peso cheio?

CARLOS : 80 Kg, 81 Kg, nessa média.

!

NE : O sr. tem algum problema no coração?

CARLOS : Graças a Deus não, é normal.

!

NE : Tem algum problema muscular, como câimbra, fraqueza? E problemas ósseos?

CARLOS : Nada de câimbra, nem fraqueza. Já tive reumatismo há muito tempo, tomei muito remédio que deu até gastrite, úlcera, mas agora não, não sinto nada.

NE : O sr. tem acesso a recursos comunitários? Além do INAMPS vocês recebem benefício de algum outro órgão?

CARLOS : Pela firma tem a UNIMED.

NE : Depois que o sr. for aposentado pela firma vai continuar recebendo o benefício?

CARLOS : Isso é que não sei, ainda vou ter que conversar prá ver isso mas tenho quase certeza que não vai ter problema.

NE : O sr. vai regularmente ao dentista?

CARLOS : Só quando preciso, nunca tive muito problema com os dentes; já agora, depois que comecei a CAPD é sagrado. Todo mês vou duas vezes ao hospital. Não falho nunca.

NE : Qual a sua participação na vida familiar?

CARLOS : Continua tudo como antes, ainda tenho voz ativa e sou eu que tenho a palavra final, por enquanto, né?

NO : Ele falou rindo e olhando para dona Carla.

NE : Quer dizer que quanto a isso o sr. não se acomodou?

CARLOS : Pois é, né? Mas aqui não tem muita coisa prá ser decidido,
: todos são adultos e cada um cuida de si, mas se for preciso
: ainda estou firme.

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM-ES-
TAR.

NE : O sr. já falou que usa óculos para ler, e como é sua audi-
: ção? O sr. ouve bem?

CARLOS : Sim

NE : O sr. tem bom paladar e olfato, ou seja, sente bem o gosto e
: o cheiro das coisas?

CARLOS : Sim.

NE : Tem bom tato, tem firmeza nas mãos?

CARLOS : Sim.

NE : A casa de vocês, apesar de ser afastada do centro é muito
: boa, de tijolo, rebocada, possui 6 cômodos, é bem arejada e
: iluminada. A água daqui é da CASAN e a rede elétrica da
: CELESC?

CARLOS : Sim.

NE : E as instalações sanitárias?

CARLOS : É sistema de fossa.

NE : Vocês possuem os eletrodomésticos básicos de uma casa?

CARLOS : Sim. Nada muito moderno, mas tem o necessário.

:

NE : Vocês têm animais domésticos?

CARLOS : Só um cachorro que nunca entra em casa, fica lá fora da grade.

:

NE : A casa é própria?

CARLOS : Sim, é nossa.

:

NE : O sr. não tem telefone em casa. Tem carro?

CARLOS : Não. Minha irmã que mora aqui ao lado tem telefone e carro que está sempre a nossa disposição e o ônibus passa aqui na porta.

:

NE : Estou vendo o armazenamento das bolsas, onde são feitas as trocas?

CARLOS : No quarto. Lá só entra eu e minha esposa. A Maria foi quem nos orientou na arrumação de tudo.

:

NE : Essa casa é úmida?

CARLOS : Até que não. Recebe sol, deixamos sempre aberta para ventilar, mas com esse clima, já viu, todo cuidado é pouco.

:

NE : O sr. não fuma nem toma bebida alcoólica?

CARLOS : Não.

:

NE : Tem alguma alergia?

CARLOS : Não, nenhuma.

B - DE DESENVOLVIMENTO.

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO.

NE : O sr. faz seus exames laboratoriais mensalmente?

CARLOS : Sim, religiosamente.

NE : E a troca de equipo de transferência?

CARLOS : Até esse mês foi mensalmente, agora Maria falou que vai ser
de dois em dois meses.

NE : O sr. faz suas ações de auto-cuidado, ou seja, higiene, a-
limentação, controles, exames?

CARLOS : Sim, tudo. Tomo o Aldrox, Iberim e Unicap, os curativos quem
faz é a esposa.

CARLA : Faço s vezes dois por dia se for necessário.

NE : Posso ver o curativo?

CARLOS : Claro.

NO : Sr. Carlos levantou a camisa expondo o cateter e o curativo.

NE : A sra. usa pouco esparadrapo, ótimo. Isso evita maior atrito
com a pele. Muda sempre a posição de fixação do esparadrapo?__

CARLA : Sim, estou sempre mudando. Faço com mais gase, menos gase,

! tudo só para não botar o esparadrapo no mesmo lugar. Uso
! também benzina para maior proteção.

!

NE ! Os controles são todos feitos

CARLA ! Sim, o peso pela manhã, a pressão de manhã, de tarde e de
! noite, e de líquido também sempre na hora das trocas

B.2 - PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO.

NE ! O sr. já falou que a única mudança em sua vida depois do
! problema renal foi o trabalho, e a condição financeira mu-
! dou?

CARLOS ! É que agora as despesas aumentaram com os remédios, sem dú-
! vida a firma me ajuda muito, me dá até remédio, às vezes a
! alimentação e ainda continua me dando os vencimentos, mas o
! dinheiro sempre fica mais curto.

!

NE ! E com relação aos hábitos sexuais mudou alguma coisa?

CARLOS ! Não, nada mudou.

C - DE DESVIO DA SAÚDE.

C.1 - RELATIVOS A HISTÓRIA DA DOENÇA.

NE ! Quando o sr. começou a ser tratado ninguém sabia o que o sr.
! tinha?

CARLOS ! É, fiquei dois anos tomando remédio e ninguém sabia qual era
! meu problema, apareceu várias doenças de uma vez e a princi-

! pal não foi descoberta.

!

NE : O que mais o incomodava?

CARLOS : A enxaqueca, a dor de cabeça que não era sempre, mas quando
! vinha era muito forte, um pouco de náuseas, era anêmico,
! perdia sangue nas fezes por causa da úlcera, né?

!

NE : O sr. tinha inchaço?

CARLOS : Não, nunca tive.

NE : Ai vocês resolveram mudar de médico?

CARLOS : Foi, né? Mas antes ainda fiz uns outros exames, aí aquele
! exame a esposa não quis levar no médico. Foi quando decidi-
! mos procurar outro médico. Chegando lá ele não disse nada,
! só olhou e mandou fazer outros exames e quando foi saber o
! resultado, ele me falou que o problema era renal e que não
! tinha mais cura, porque tinha ficado muito tempo sem trata-
! mento. Fez internação na hora porque meu caso era difícil e
! nos dois primeiros dias fiz todo tipo de exame. Aí o doutor
! me confirmou que o problema era esse mesmo e que eu precisa-
! va fazer hemodiálise ou transplante. Passaram vários médicos
! aí surgiu a idéia da CAPD.

!

NE : Como é essa perspectiva de transplante?

CARLOS : Meu filho mais velho se prontificou, mas ele estava em difi-
! culdade, casado com três filhos e desempregado. Realmente
! não dava, né? Aí me falaram da diálise peritoneal em casa.
! Mais fácil, menos problemas.

NE : Foi assim que o sr. conheceu a CAPD?

CARLOS : Foi, né? Mas ainda me demorei um pouco para decidir.

NE : O sr. viu como é feito a hemodiálise?

CARLOS : Apenas passei só olhando, mas eu tinha informação da hemodi-
álise pelo colega de quarto que não se sentia bem, muito mal
inchando, não controlava nada, fazia dieta, aí depois que eu
voltei lá já fazendo a diálise ele tinha falecido. Eu vi que
não era bom.

NE : Como a família reagiu ao saber do novo tratamento?

CARLOS : A família de casa não teve problemas, mas a família de fora
achava que não era bom, queriam o transplante.

NE : E nenhum deles se prontificou para fazer os exames, para ver
se algum deles era compatível com o sr.?

CARLOS : Não, só o meu filho.

NE : E hoje, como a família de fora encara o seu tratamento?

CARLOS : Hoje bem, a gente só se vê de fins de semana. São 10 irmãos
e agora eles não se metem.

CARLA : É uma família distante, não tem preocupação com o outro, mas
na hora mesmo de ajudar não faz nada, só dá palpite, mas não
decide nada.

NE : E o sr., como aceitou a doença?

CARLOS : No início a gente fica meio preocupado, mas depois a gente

: vê que tem que aceitar, né? Hoje é normal.

:

NE : Nesses 5 meses que o sr. faz a CAPD já apresentou algum tipo
: de complicação?

CARLOS : Não. Só no início, depois da cirurgia, deu um problema que
: não drenava, aí o médico disse que a ponta do cateter tinha
: subido, mas quando fez a radiografia já estava normal, ela
: desceu sozinha e começou a drenar sem problemas. Depois
: fiz infecção na "ponta do túnel", ficou bastante vermelho,
: com secreção. A esposa fazia 4, 5, 6 curativos por dia bo-
: tando remédio, mas não foi nada grave. De vez em quando in-
: flama, quando brinco com os netos tenho que ter cuidado prá
: eles não meterem os pés na minha barriga.

:

NE : A CAPD em si, a presença do cateter, lhe impede de alguma a-
: tividade além do trabalho que o sr. teve que deixar?

CARLOS : Nada, vou ao banco, vou a rua. No início fazia falta o con-
: vívio com os colegas, mas agora já acostumei. Como já disse,
: nunca fui festeiro, nem de andar muito pela rua. Então não
: tem nada de especial que eu sinta falta.

C.2 - RELATIVOS AO TRATAMENTO POR CAPD.

C.2.1 - ASPECTOS MOTIVACIONAIS

NE : A decisão de fazer CAPD foi sua ou o sr. se sentiu pressio-
: nado a iniciar o tratamento?

CARLOS : Não, fui eu que decidi. Como a sra. já sabe, eu conversei

! com o colega de quarto e vi as enfermeiras da hemodiálise,
! aí os médicos me explicaram direitinho tudo da diálise, en-
! tão não tive dúvidas.

!

NE : Como se sente fazendo as trocas?

CARLOS : Quem faz tudo é a esposa.

!

NE : O que o sr. acha de começar a dividir essa responsabilidade
! com dona Carla?

CARLOS : Se for preciso eu faço, dá prá fazer sim.

!

NE : Nós temos que pensar em todas as possibilidades, veja só,
! dona Carla tem boa saúde e vai continuar assim por muito
! tempo, se Deus quiser, mas ninguém está livre de uma indis-
! posição, uma gripe, uma comida que lhe faça mal, enfim,
! qualquer coisa que a impeça de cuidar do sr. Então o sr. vai
! ter que assumir seu auto-cuidado, mas para isso é necessário
! que o sr. tenha prática e a prática nós só conseguimos
! treinando, e porque não começar agora? É até uma maneira do
! sr. aliviar um pouco a responsabilidade de dona Carla...

CARLA : Tem que ter prática e a maneira de conseguir isso é fazen-
! do ...

CARLOS : É claro, é um jeito também de dar mais liberdade a ela ...

CARLA : Mas tem que treinar e não deixar para fazer na hora da ne-
! cessidade.

!

NE : O sr. gosta de si mesmo? Tem interesse pelo funcionamento do

: seu corpo?

CARLOS : Mas é claro.

:

NE : Então está na hora de começar a demonstrar isso...

CARLOS : Dá para fazer sim, é que ela se prontifica sempre...

:

NO : Sr. Carlos diz isso sorrindo e olhando para a esposa.

:

NE : Está na hora, d. Carla, de deixá-lo assumir seu próprio au-
to-cuidado, vocês podem se alternar, um dia um, no outro dia
o outro ... não significa que a sra. vai abandoná-lo.

CARLA : Mas ele esquece até dos remédios, até o remédio.

:

NE : Ele esquece porque tem a sra. para lembrá-lo, estou certa
sr. Carlos?

CARLOS : É isso mesmo. Não me preocupo porque sei que ela é muito at-
enta e não esquece nunca. É minha enfermeira ... mas da sim
eu posso fazer as trocas sem problemas.

:

NE : Então dona Carla, vamos começar a mudar isso; o sr. se lem-
bra que nós combinamos que eu vou assisti-lo fazendo uma tro-
ca? Então mãos à obra. Não quero interferir, mas vocês con-
cordam com a necessidade do sr. Carlos dividir as responsa-
bilidades. Então combinem entre si como isso será feito,
certo?

CARLOS : Tudo bem.

CARLA : Faço questão que a sra. cobre isso.

NE : Pode deixar. O que o sr. acha da CAPD?

CARLOS : Acho que é uma invenção muito boa, eu mesmo acho que não ia
: aguentar a hemodiálise. Foi uma coisa muito inteligente, que
: dá uma nova vida prá quem precisa, o doente, né?
:

NE : Os seus planos para o futuro são a horta e a criação de ga-
: linhas?

CARLOS : É, vou me ocupar e diminuir as despesas da casa, né? Sou
: desde criança acostumado a mexer com a terra, então vou
: voltar a fazer o que eu aprendi com minha mãe.
:

NE : Na sua opinião, quem é o responsável pelo sucesso do seu
: tratamento?

CARLOS : Minha esposa que me dá todo apoio, a equipe médica e a
: enfermeira que é ótima comigo, nunca me faltou nada.

CARLA : E Deus, né? Acima de tudo.

C.2.2 - ASPECTOS FÍSICOS

NE : A presença do cateter, da bolsa e do líquido intra-abdominal
: o incomodam?

CARLOS : Em absoluto, já estou tão acostumado que nem sinto.
:

NE : O sr. toma banho diariamente?

CARLOS : Sim, em seguida a esposa faz o curativo e a primeira troca.

CARLA : Ele também usa roupas limpas como a Maria nos orientou, ele
: é muito exigente com limpeza.

NE : Vocês usam o esquema de troca 2 X 1, certo?

CARLA : Certo. A primeira troca é feita na hora que ele acorda, a
segunda à tarde, e a terceira antes de dormir.

C.2.3 - ASPECTOS COGNITIVOS.

NE : Agora vou fazer algumas perguntas, relembando o treinamen-
to. É apenas para recordar tudo que foi aprendido por vocês.

NE : Que tipo de diálise o sr. está fazendo?

CARLOS : A CAPD.

NE : O que é CAPD?

CARLOS : É a diálise que a gente faz em casa, como se diz ... contí-
nua.

CARLA : É a diálise peritoneal ambulatorial contínua.

NE : Em que local você deve fazer as trocas?

CARLOS : Em um local limpo, fechado, bem iluminado e com todo cuidado
para não contaminar ... ter pouca gente e todos usar máscaras.

NE : Como se chama o líquido que entra em seu abdômem?

CARLOS : É a glicose, né?

NE : Também tem glicose, mas o nome do líquido é ...

CARLA : Líquido dializante.

NE : Certo.

:

NE : Qual a concentração das soluções que o sr. usa?

CARLA : 1,5 e 4,25.

CARLOS : Isso, 4,25.

:

NE : Como vocês usam?

CARLOS : 1,5 durante o dia e 4,25 à noite.

:

NE : Dessas duas soluções, qual a que puxa mais água?

CARLOS : A da noite.

CARLA : A de 4,25.

:

NE : Quanto tempo o líquido dializante deve permanecer no seu abdômem entre as trocas?

CARLOS : Durante o dia, 5 a 6 horas e a noite até 8 horas.

:

NE : E como se chama o líquido que drena do seu abdômem?

CARLA : É o dializante

:

NE : Quanto tempo leva o período de drenagem?

CARLA : De 20 a 30 minutos.

:

NE : O que deve ser observado no líquido drenado?

CARLA : A cor, se não tem sangue, se está limpo e pesar.

CARLOS : Ele entra limpo e sai da cor da urina, né?

:

NE : Como o bico do equipo pode ser contaminado?

CARLA : Por uma corrente de ar, tocando por descuido em um lugar
: contaminado ou quando cai da mão.

CARLOS : Falta de máscara.

:

NE : Quais as funções normais do rim?

CARLOS : Filtrar, né? Tirar as coisas ruins do corpo.

NE : Ele filtra as toxinas do sangue, controle do balanço de sal
: e água do organismo ...

CARLA : E também controla a pressão do sangue, né?

:

NE : Quais são as duas toxinas mais comuns eliminadas pelos rins?

CARLA : A uréia e a creatinina.

:

NE : O que é peso seco e peso seco?

CARLOS : Peso seco é sem o líquido e peso cheio é com o líquido.

:

NE : Quanto o sr. pode variar em relação ao seu peso?

CARLOS : O peso da bolsa, de 1,5 a 2 Kg.

:

NE : Com que frequência o sr. deve controlar seu peso e sua pres-
: são?

CARLOS : Sempre pela manhã.

:

NE : Se o sr. estiver com excesso de peso, qual a solução que usa
: ria e por que?

CARLOS : A solução que puxa mais água, a de 4,25.

CARLA : É a solução mais concentrada.

:

NE : O que é hipertensão?

CARLA : É a pressão alterada.

NE : Para mais ou para menos?

CARLOS : Mais alta, né?

:

NE : O sr. sabe os sintomas da hipertensão?

CARLOS : Não, nunca tive isso.

NE : Então se o sr. sentir dor de cabeça, vista turva, inchaço
: nos pés, qualquer um desses sintomas pode ser um aviso de
: que o sr. está retendo líquido. Nesse momento é importante
: verificar a pressão e se realmente for a hipertensão, deve-
: se tirar o sal da comida, drenar a bolsa e infundir a so-
: lução de 4,25, sempre controlando a pressão e o líquido. Se
: persistir por mais de 12 horas deve se comunicar com o Cen-
: tro Nefrológico.

:

NE : Qual a principal causa da hipertensão?

CARLOS : É muito líquido no corpo, né?

NE : Certo.

:

NE : E o que é a hipotensão?

CARLOS : É o contrário, a pressão baixa.

:

NE : Qual a principal causa da hipotensão?

CARLA : Deve ser a falta de líquido no organismo, né?

NE : Isso, também a drenagem brusca do líquido ou quando a quantidade que drena é bem maior que a que entrou.

:

NE : Vocês sabem os sintomas da hipotensão?

CARLOS : Fraqueza, tontura.

CARLA : Moleza, sono.

NE : Ainda náuseas e vômitos.

:

NE : E o que fazer?

CARLOS : Beber líquido.

CARLA : Não usar a bolsa de 4,25.

NE : Controlar a pressão, os líquidos, ingerir comidas mais salgadas e se persistir por mais de 12 horas, procurar o Centro.

:

NE : O que é peritonite?

CARLA : É infecção no peritônio.

:

NE : Quais os sintomas de peritonite?

CARLOS : Eu nunca tive, mas parece que dá febre, pús, inchaço.

CARLA : Dor e o líquido sai turvo, escuro.

NE : Isso mesmo.

:

NE : Na suspeita de peritonite o que deve ser feito?

:

NO : Silêncio.

:

NE : Vamos relembrar o treinamento: observando a bolsa turva, a primeira coisa a ser feita é a infusão e drenagem de três bolsas rapidamente; em seguida controle da pressão; comunicar ao Centro e ir até o Centro Nefrológico levando a 1ª bolsa turva. O mais importante é manter a calma, porque uma peritonite que é logo percebida pode ser tratada sem ser necessário a troca do cateter, lembram?

CARLOS : É isso mesmo.

NE : O importante é não descuidar, é melhor prevenir, pode não ser nada sério, mas também pode ser um início de uma infecção mais séria. Uma outra coisa importante é sempre estar relembrando o treinamento, lendo e estudando aquelas orientações que são dadas por Maria. Isso não significa que o sr. vá ter problemas, mas é sempre bom estar preparado.

CARLA : É isso mesmo.

NE : O que é local de exteriorização do cateter?

CARLOS : É aqui na barriga onde sai o cateter.

NE : Com que frequência esse local deve ser cuidado?

CARLOS : Todo dia depois do banho.

NE : Quais são os sinais e sintomas que indicam infecção na pele no local de exteriorização do cateter?

CARLA : Vermelhidão, inchaço, dor.

Carlos : E pús, né?

- NE : O que deve ser feito nesse caso?
- CARLA : Lavar bem lavado, usar povidine e trocar sempre os curati-
: vos.
- CARLOS : Eu já tive e a esposa cuidou bem.
:
- NE : É importante cuidar porque se com esses cuidados a secreção
: não diminuir em 24 hs. vocês devem procurar o Centro, porque
: essa infecção pode estar vindo de dentro para fora e nesse
: caso só o curativo não resolve. Será necessário um trata-
: mento mais rigoroso e que só pode ser feito no Centro.
:
- NE : O que vocês fazem se o sr. Carlos estiver com 3 Kg a mais ou
: 3 Kg a menos do seu peso seco?
- CARLA : 3 Kg a mais ou a menos?
- NE : Sim.
- CARLA : Não sei.
- NE : Iniciar rigoroso controle de pressão e líquidos e comunicar-
: se com o Centro. Se for 3 Kg a menos, aumente a ingestão de
: líquidos que contenham sal e contacte o Centro. Se for 3 Kg
: a mais, instale uma bolsa 4,25 e imediatamente comunique ao
: Centro.
:
- NE : O que fazer se tiver um vazamento na bolsa ou equipo?
- CARLA : Comunicar ao Centro e colocar o clamp mais próximo da barri-
: ga.
:
- NE : E se contaminar algum do seu material?

CARLOS : Comunique ao Centro.

:

NE : E se o material vier com defeito?

CARLOS : Não usar e comunicar ao Centro.

:

NE : Se o equipo desconectar do cateter?

CARLA : Deve fechar o cateter com um clamp e colocar de novo o equipo com o clamp fechado e ir para o Centro.

NE : Excelente, dona Carla.

:

NE : Quais são os sintomas de que sua diálise não está certa?

CARLOS : A gente já falou, ne? ' tontura, dor de cabeça, pressão alta ou baixa.

CARLA : Náuseas, vômitos, dor.

NE : Isso mesmo.

:

NE : Agora eu vou falar alguns sintomas e vocês vão me dizer as causas, o que pode estar causando esses problemas, vamos lá: coceira.

CARLA : Não sei.

NE : A coceira pode ser um sinal de que o organismo está retraindo substâncias tóxicas, como a uréia e o fósforo; pode também ser pela falta de hidróxido de alumínio. O Aldrox que o sr. toma todo dia é para evitar isso, e pode ser também alguma alergia que não tem nada relacionado com o problema renal.

CARLA : É isso mesmo, agora lembro.

NE : Diarréia ou constipação.

CARLA : Pode ser da comida?

NE : Claro, pode ser problema alimentar, mas também pode ser decorrente do problema renal. A diarréia pode significar algum processo infeccioso e a constipação pode ser por pouca ingestão líquida, por exemplo.

:

NE : Dor no ombro.

CARLOS : No início, quando infundia eu sentia um pouco. Disseram que era impressão minha, mas eu sentia.

NE : A dor no ombro é causada pela presença de ar no abdômem na hora da infusão. Por isso o nosso cuidado em não permitir a presença de ar na infusão e na drenagem do líquido.

:

NE : Dor de cabeça, náuseas, vômitos, inquietude, falta de ar.

CARLA : A pressão alta, né?

NE : Isso mesmo.

:

NE : Fraqueza, tontura, formigamento, amolecimento do corpo.

CARLOS : Ai é pressão baixa.

:

NE : Líquido drenado sanguinolento.

CARLA : Algum problema com o cateter.

NE : Isso. Pode ser devido ao deslocamento brusco do cateter, pode ser devido a peritonite e em mulheres pode ocorrer no período de ovulação ou de menstruação.

:

NE : Muito bom, vocês querem perguntar alguma coisa, ficou alguma
: dúvida?

CARLA : Não, né? Acho que a sra. falou sobre tudo, foi bom, assim a
: gente aprende conversando.

CARLOS : Assim, né? Se eu tiver outro problema que não seja renal eu
: posso procurar outro médico ou tenho que ir ao Centro?

NE : É importante antes procurar o Centro para que seja descar-
: tada realmente a ligação com o problema renal. Então o sr.
: será encaminhado para um outro médico e levará consigo um
: relatório do Centro sobre seu diagnóstico, seus exames e seu
: tratamento. O sr. está com algum problema?

CARLOS : Não, não, é só por curiosidade.

NE : Eu quero agradecer a colaboração de vocês, esperando ter
: contribuído de alguma forma com as informações que trocamos
: e me colocar à disposição para qualquer ajuda que eu possa
: ser útil.

CARLOS : Nós é que agradecemos, foi muito bom, agora eu já sei que a
: minha dor nos ombros não era imaginação. A sra. fica para
: almoçar com a gente?

NE : Eu agradeço imensamente, mas infelizmente hoje não vai ser
: possível. Desculpem o adiantado da hora, quem sabe uma outra
: vez.

CARLA : Aceita um cafezinho?

NE : Sim, o café eu aceito, obrigada.

NO : Nos despedimos, combinamos que eu telefonaria dias depois
: marcando o próximo encontro, e que se a família necessitasse
: de qualquer tipo de informação, ou ajuda, que estivesse ao
: meu alcance, fariam contato telefônico para minha residên-
: cia.

PACIENTE III

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Não tive oportunidade de manter nenhum contato pessoal com a cliente antes da entrevista; através de Maria, enfermeira do Centro Nefrológico, colhi alguns dados sobre a cliente, quais sejam: nome, idade, número do registro, endereço, pontos de referência residencial, telefone para contato e data de início da CAPD.

No primeiro contato telefônico, falei com o irmão da cliente, pois o telefone é instalado no restaurante do mesmo, localizado próximo da residência da família. Na oportunidade, ele me informou que sua irmã fazia as refeições no seu estabelecimento e que eu a encontraria na hora do almoço ou do jantar. Voltei a ligar na hora do almoço, e já em contato com Ana, combinamos nosso encontro para a semana seguinte, numa quarta-feira às 9 horas da manhã. Confirmamos o endereço residencial e que se houvesse algum imprevisto que impossibilitasse nosso contato ela me telefonaria.

Como conheço o bairro onde Ana reside, não me preocupei; chegando no local, o restaurante estava fechado. Decidi então pedir informações em uma farmácia próxima. Imediatamente o rapaz me indicou a rua, mostrando a casa onde reside a Ana; caminhei uns 150 metros e cheguei no local indicado. É uma casa grande, com uma garagem ao fundo, um jardim lateral e uma espaçosa varanda onde estavam sentadas

duas senhoras. Eu as cumprimentei, identifiquei-me e perguntei por Ana. Fui convidada a entrar e uma das senhoras me apontou para uma moça que estendia roupas no varal; imediatamente Ana se aproximou, pediu desculpas pela aparência e me convidou a entrar na casa. Ana se vestia com simplicidade, mas tinha uma aparência muito boa. Sentamos em um sofá, numa sala grande e muito bem decorada. Perguntei-lhe se não estava atrapalhando suas atividades e ela gentilmente disse-me que poderíamos conversar a vontade.

Por ser o nosso primeiro contato frente-a-frente, disse-lhe meu nome, falei-lhe do meu trabalho e dos objetivos do mesmo, ao tempo em que coloquei-a bem a vontade quanto a sua liberdade de colaborar ou não com o meu estudo. Ela disse-me que já tinha conhecimento das minhas atividades através da enfermeira Maria e que estava disposta a colaborar no que fosse possível.

Ana, com seu jeito simples e tranquilo, deixou-me bastante a vontade e logo se instalou um clima de cordialidade entre nós. Pedi permissão para usar o gravador e demos início a entrevista.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

LEVANTAMENTO DE DADOS

DATA 30/11/88

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Ana
ESTADO CIVIL: Solteira IDADE: 40 SEXO: F N° FILHOS: ---
ESCOLARIDADE: primária RELIGIÃO: católica
PROFISSÃO: doméstica OCUPAÇÃO: doméstica SALÁRIO: 10.000,00
DIAGNÓSTICO: Insuficiência renal crônica
TRATAMENTO ATUAL: CAPD INÍCIO: 16/06/88
TRATAMENTOS ANTERIORES E DURAÇÃO DOS MESMOS
() DP - 8 sessões
() HD - -----
() TX - -----
() CAPD - -----

MEMÓRIA: (X) boa () regular () fraca

COMPORTAMENTO: (X) cooperativo () ansioso () deprimido
() exigente () alheio () manipulativo

VISÃO: (X) boa () regular () fraca () meios auxiliares

AUDIÇÃO: (X) boa () regular () fraca

COORDENAÇÃO: (X) boa () regular () fraca

CAPACIDADE DE APRENDIZADO: (X) boa () regular () fraca

CAPACIDADE DE LEITURA: () boa (X) regular () fraca

RELACIONAMENTO FAMILIAR: (X) bom () regular () fraco

COMENTÁRIOS: Não foi treinada pelo Centro Nefrológico para CAPD.

LEVANTAMENTO DE DADOS

I - IDENTIFICAÇÃO

NE : Você é casada?

ANA : Não, solteira.

:

NE : Qual a sua idade?

ANA : 40 anos.

:

NE : Tem filhos?

ANA : Não, não tenho filhos.

:

NE : E a escolaridade, até que ano você estudou?

ANA : Até a 4ª série do 1º grau.

:

NE : Qual sua religião?

ANA : Católica.

:

NE : Praticante?

ANA : Sim.

:

NE : Qual a sua profissão?

ANA : Doméstica.

:

NE : E você continua exercendo a profissão?

ANA : Por enquanto ainda não, porque não tenho condições, não posso
: pegar peso, mas aqui minhas patroas são como mães e eu como fi-
: lha, já têm 15 anos que trabalho com eles e nem meus pais de
: verdade seriam tão bons para mim como eles são.

NE : Você já trabalha aqui há 15 anos, recebe algum salário?

ANA : Recebo sim, eles me dão tudo o que eu preciso, ainda me dão um
: salário, mas qualquer coisa que tenha necessidade é só pedir
: que eles nunca negam. Também eu não abuso, eles são muito bons.

NE : E quanto você recebe por mês?

ANA : É 1/2 salário mínimo

NE : É suficiente para suas despesas?

ANA : É sim porque eu tenho tudo, agora estou esperando a aposentado-
: ria do INAMPS.

NE : Já deu entrada nos papéis?

ANA : Já sim, meu patrão cuidou de tudo, todos os papéis, agora é só
: esperar.

NE : E o seu diagnóstico, você sabe o que causou seu problema renal?

ANA : Eu fui internada com problema de pneumonia em fevereiro, dia 22
: de fevereiro.

NE : Deste ano?

ANA : Sim, e lá eles descobriram que o meu problema todo era rins.

NE : Você começou o tratamento para o problema dos rins?

ANA : Comecei sim, fiquei 4 meses internada. Nesse tempo fiz uma porção de exames e fiz também aquela diálise na barriga, fiz 8 diálises na UTI.

NE : Você foi na UTI só para fazer as diálises?

ANA : Não, foi porque complicou tudo, os rins, o pulmão, tinha água no pulmão por causa da pneumonia, o coração disseram que eu quase fui por causa do problema no coração, eu também já tinha um probleminha.

NE : Qual o seu problema do coração?

ANA : É uma veia que não circula bem o sangue.

NE : Quer dizer que os problemas vieram todos de uma vez?

ANA : Tudo, tudo de vez. Botei muito sangue pelo nariz ainda em casa, porque eu tinha problema de pressão alta e quando a pressão subia eu começava a sangrar pelo nariz, e no hospital eu sangrei muito, quase uma semana.

NE : Já teve anemia?

ANA : Vivía sempre com anemia, foi só depois de 4 meses quando eu já estava bem forte que o Dr. João instalou o catéter.

NE : Foi durante o período de internação que você fez o treinamento?

ANA : Não, eu não tinha condições, as meninas aqui de casa foram treinadas e só depois é que eu mesma comecei a fazer as trocas.

!

NE : Quem são as meninas?

ANA : São as filhas da minha patroa, uma tem-16 e a outra 14 anos.

!

NE : Então no início elas é que faziam suas trocas?

ANA : É sim, depois eu aprendi olhando elas fazerem, conversei com
! Maria e ela disse que eu podia fazer também.

!

NE : Então hoje voce é responsável pelo seu tratamento?

ANA : Sou sim, logo que tive condição comecei eu mesma a fazer as
! trocas e os curativos.

!

NE : Você tem boa memória?

ANA : Tenho sim, muito boa.

!

NE : Tem boa visão?

ANA : Muito boa.

!

NE : Não precisa usar óculos?

ANA : Não, não preciso.

!

NE : A audição também é boa, escuta bem?

ANA : Sim, muito bem.

NE : Tem boa coordenação, isto é, controla bem seus movimentos?

ANA : Sim, sou totalmente independente.

!

NE : Tem facilidade em aprender as coisas?

ANA : Sim, muita facilidade.

:

NE : Você lê bem?

ANA : Leio sim, apesar de só ter o primário não tenho dificuldade,

: também a escola no meu tempo era outra coisa, muito melhor.

:

NE : Isso é verdade. E o seu relacionamento com as pessoas da casa?

ANA : Como eu já lhe disse, eles são a minha família, é muito bom,

: não dá nem prá contar, precisava ver quando eu estava doente,

: eles correram atrás de médico, de hospital, não me deixaram só

: um instante.

:

ND : Nesse momento uma das senhoras que estava na varanda passa pela

: sala, nos sorri e comenta que está chovendo.

:

NE : Fora essa família para quem trabalha, você tem algum parente

: por perto?

ANA : Tenho sim, minha mãe e meu padrasto que moram aqui perto.

:

NE : Vocês se dão bem?

ANA : Sim, sem problemas.

II - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO

A - UNIVERSAIS

A.1 - MANTER SUFICIENTE RESPIRAÇÃO

NE : Bom Ana, e o problema do pulmão, voce ainda sofre alguma consequência da pneumonia que teve em fevereiro?

ANA : Fiquei boa.

NE : Não tem tosse, dificuldade de respirar, expectoração de secreções, ou qualquer outro problema?

ANA : Nada, nada, nem mais uma gripe eu tive.

NE : Você tem boa expansão pulmonar, enche bem os pulmões sem dificuldades?

ANA : Sem nenhum problema, o meu pulmão ficou novo, respiro bem, não tenho falta de ar, nada, nada.

NE : E o problema do sangramento pelo nariz?

ANA : Acabou tudo, a última vez que aconteceu foi no hospital, logo que eu internei, depois nunca mais.

NE : A casa fica próxima ao mar, vocês têm problema de poluição, poeira?

ANA : Não, aqui é muito bom, o ar é puro, a poluição ainda não chegou aqui, graças a Deus.

NE : Você tem algum vício?

ANA : Eu tinha de fumar, mas depois da pneumonia, depois que compli-
: cou tudo, nunca mais fumei.

NE : E você sente falta do cigarro?

ANA : Não, nem lembro que existe, não faz nenhuma falta.

A.2 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO LÍQUIDA

NE : E como é sua hidratação, você bebe muito líquido?

ANA : Agora eu bebo mais ou menos.

NE : O que significa mais ou menos?

ANA : Antes eu bebia muito até levantava de noite para beber água,
: mas aí comecei a inchar e no hospital quase que eu não bebia
: nada, fiquei quase 1 mês sem tomar água aí perdi o costume.

NE : Mas hoje você pode beber líquidos?

ANA : Eu sei, posso sim e eu bebo, bebo muito leite com nescau, su-
: co, café, chá, juntando tudo dá muito mais de 1 litro/dia, mas
: quando eu comparo com antes eu acho que é pouco, mas é que
: antes eu bebia muito e agora acho que bebo o normal.

NE : O nosso organismo tem necessidade de uma reposição dos líquidos
: que perdemos através do suor, da saliva, da urina e pra você,
: também da bolsa de CAPD; essa quantidade de ingestão líquida

: varia em torno de 2 litros por dia, um pouco mais, um pouco me-
: nos, é suficiente, porque também ingerimos líquido na alimenta-
: ção e principalmente nas frutas. O líquido é importante para o
: funcionamento normal do nosso organismo.

ANA : Eu tenho consciência disso, eu sei da importância dos líquidos
: e sempre bebo um pouquinho daqui, um pouquinho dali e no fim
: do dia bebi bastante.

A.3 - MANTER SUFICIENTE INGESTÃO ALIMENTAR

NE : E com relação aos alimentos, como é sua alimentação?

ANA : Alimentação é normal né? Antes era dieta e agora como junto com
: todo mundo é normal; como salgado meio-dia, a tarde faço lan-
: che, à noite também como salgado porque a bolsa que eu uso à
: noite puxa muita água e a comida salgada ajuda a não deixar
: tirar toda água do organismo, né?

NE : Tem algum alimento preferido ou algum que não goste?

ANA : Eu como fruta, faço gelatina, como verdura bastante, como pei-
: xe, carne, arroz, feijão, massa. Como realmente de tudo, eu não
: sou enjoada pra comer não.

NE : Você mastiga bem e engole bem os alimentos?

ANA : Eu tenho bons dentes, mastigo qualquer coisa, e prá engolir
: também não tem nada, é normal

A.4 - CUIDADOS ASSOCIADOS COM ELIMNAÇÃO E EXCREÇÃO

NE : Como é seu funcionamento intestinal?

ANA : É normal, todo dia sem nenhuma dificuldade.

:

NE : As fezes são normais em termos de quantidade, cor e odor?

ANA : É sim, tudo normal.

:

NE : Você tem problemas de hemorróidas, dor ao defecar, fezes pre-
sas?

ANA : Não, não tenho.

:

NE : E com relação a urina, você apresenta eliminação urinária?

ANA : Não, nada.

:

NE : Não apresenta nenhuma função urinária ! Você menstrua?

ANA : Não, quando começou a doença parou a menstruação.

:

NE : Mas você sabe que pode voltar a menstruar?

ANA : É, a Maria me falou que podia voltar, mas até agora nada.

:

NE : É verdade, na CAPD o funcionamento organico é normal e com isso
os níveis hormonais que antes estavam alterados estabilizam,
assim, nas mulheres, volta o ciclo menstrual. Você tem apenas
5 meses de tratamento, é uma mulher jovem, então muito prova-
velmente voltará a menstruar.

ANA : Vamos, vê né? Mas até agora nada.

NE : Vamos aguardar mais um pouco, depois você me conta. Bom Ana,
: nós já conversamos sobre a alimentação e a ingestão líquida e
: você demonstrou ter consciência sobre a importância dos mesmos,
: mas só pra relembrar: nós sabemos que para o bom funcionamento
: do nosso organismo temos que ter uma alimentação bem balanceada
: com carnes, verduras, frutas, líquidos; isso porque esses ali-
: mentos são ricos em proteínas, vitaminas e fibras e os líquidos
: vão ajudar na digestão alimentar, além de que vão nos manter
: hidratados. Assim sendo, não teremos problemas intestinais e
: manteremos nosso equilíbrio nutricional, evitando complicações
: como fezes ressecadas, desnutrição, desidratação e diminuimos a
: possibilidade de contrairmos infecções.

ANA : É, eu sei de tudo isso e me cuido muito.

NO : Enquanto falamos, ANA faz movimentos afirmativos com a cabeça
: e acompanha com atenção a nossa explicação.

NE : Você faz higiene corporal e íntima com que frequência?

ANA : Todo dia pela manhã eu tomo banho e faço o curativo; eu não te-
: nho urina, mas quando defeco faço uma asseio, e no final da
: tarde ou na hora de dormir tomo outro banho, se tem necessidade
: troco o curativo.

NE : Você sabe que qualquer ponto do nosso corpo pode ser fonte de
: contaminação?

ANA : É verdade, qualquer descuido pode trazer problemas. Eu tenho
: cuidado até com as unhas, quando corto tiro só o excesso de cu-

! tícula, já não "escamo" como antes, agora é só para não ficar
! áspera. Tenho medo de tirar "bife" e inflamar. Pode né? É sem-
! pre curta e limpa.
!

NO : Ela mostra-me as mãos, comprovando o que acaba de dizer.

A.5 - EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADES E REPOUSO

NE : Você dorme bem?

ANA : Agora sim, eu durmo bem.
!

NE : Por que? Antes não dormia bem?

ANA : Era um sufoco, não conseguia dormir nada, não tinha sono, le-
! vantava toda hora. Mas agora é uma beleza, durmo bem, sem o me-
! nor problema.
!

NE : Costuma repousar durante o dia?

ANA : Eu durmo à tarde, depois de trocar a bolsa do meio-dia, eu dur-
! mo 1 hora e meia, duas horas, o tempo que eu quiser.
!

NE : Perfeito! E durante o dia, quais suas atividades?

ANA : Bom, eu lavo uma louça; lavo uma roupinha na máquina, não lavo
! nada na mão; passo uma roupa leve, mas é difícil, quase não pe-
! go no ferro; passo uma vassoura na casa de leve, não faço nada
! pesado, não pego escada, não limpo vidro. Faço o almoço, eu fa-
! ço tudo sem problemas, isso é, faço tudo que não seja pesado,
! tomo conta da casa, arrumo a mesa antes das refeições, cuido de

| tudo...

|

NE | Então sua vida não mudou muito, depois da CAPD?

ANA | Não, a única coisa é que não lavo banheiro e não faço nada pe-

| sado, no mais é tudo igual a antes, agora até melhor porque

| minha saúde melhorou em tudo depois da CAPD.

|

NE | Você sai, visita amigos, tudo normal?

ANA | É, ainda há pouco fui a Itajaí. Passei uma semana e antes das

| almas fui para Brusque, fiquei dois dias...

|

NE | Antes das almas?

ANA | É sim, finados. Fui de carro, meus patrões me levaram e me bus-

| caram, tudo sem problemas, só que tem que levar tudo.

|

NE | Mas você sabe que se quiser viajar e ficar mais tempo fora de

| casa, tipo um, dois, três meses, qualquer tempo, é só avisar ao

| Centro Nefrológico e ao laboratório. Você dá o endereço, todas

| as referências e diz quanto tempo vai ficar fora e o laborató-

| rio em vez de trazer seu material mensal aqui para Florianópo-

| lis ele entrega no local onde você estiver, pode ser em outra

| cidade, outro estado e até em outro país.

ANA | É mesmo? E eu não preciso levar nada?

|

NE | Você faz o contato telefônico com o laboratório e confirma tu-

| do. É importante levar apenas o material para as trocas de um

| a dois dias. Mas lembre-se: o laboratório tem que ser avisado

| com antecedência quanto ao endereço e a sua permanência fora
| de casa.

ANA | Isso é muito bom, é importante, às vezes penso em sair, mas
| quando vejo que tenho que levar tudo isso eu desisto.

|

NE | Agora não precisa mais desistir de nada, é só se programar jun-
| to com o Centro e com o laboratório com um pouco de anteceden-
| cia.

ANA | Isso é mesmo maravilhoso!

|

NE | Então Ana, agora você não precisa mais se privar das suas via-
| gens, dos seus passeios, é só programar tudo direitinho e boa
| viagem.

ANA | Que bom!

|

NO | Disse isso com um largo sorriso no rosto.

A.6 - EQUILÍBRIO ENTRE RECOLHIMENTO E INTERAÇÃO SOCIAL

NE | Como é seu relacionamento com a equipe de saúde, outros pacien-
| tes e com os amigos?

ANA | Muito bom.

|

NE | Você sente algum tipo de discriminação por causa da doença?

ANA | Não, no início fiquei muito chateada, no hospital eu chorava,
| tinha medo. Era a primeira vez que eu ia pra um hospital. Mas
| agora, depois que eu vi como minha vida mudou, e mudou prá

| melhor, está tudo bem. Os amigos continuam os mesmos e eu vol-
| tei a ser a mesma pessoa de antes.

|

NE | Agora vamos falar de sua família.

ANA | Minha família é essa aqui.

|

NE | Pois é, quantas pessoas moram aqui e como é o relacionamento?

ANA | Comigo são sete, todos adultos; todos aqui se dão muito bem, é
| uma família muito unida, as meninas e o rapaz me tratam e dizem
| prá todo mundo que eu sou a irmã mais velha.

|

NE | Você tem mais afinidade, gosta mais de alguém em particular?

ANA | Não, gosto de todos do mesmo jeito, se você perguntar quem é
| melhor aqui eu não sei dizer. Todo mundo é tão bom comigo que
| não tem ninguém especial, todos são especiais.

|

NE | Além de você, as duas mocinhas também sabem fazer as trocas?

ANA | É, no começo eram elas que faziam, um dia uma, um dia a outra,
| mas elas tinham que levantar às 5:30 hs. todo dia porque às
| 6:30 o carro da escola passava pra pegar elas, eu ficava mor-
| rendo de pena, mas elas nunca reclamaram de nada. Aí eu comecei
| a observar as trocas e pedi que elas fossem me explicando. Logo
| logo eu aprendi e pedi pra fazer uma troca com elas do meu lado
| fiz tudo certinho e a Maria ficou muito contente. Tem gente que
| demora meses pra aprender e eu aprendi rápido, com isso tem
| quase quatro meses que eu faço tudo sozinha e nunca tive pro-
| blema.

NE : Mas se houver alguma coisa que a impeça, as mocas ainda têm
: condições de fazer as trocas?

ANA : Têm sim, vez ou outra elas pedem prá fazer as trocas prá não
: perder o costume e fazem tudo direitinho.

NE : Você sente solidão?

ANA : Não, não tenho nem tempo.

NE : Você tem algum hobby, algum passatempo?

ANA : Eu gostava muito de dançar, aqui em frente de casa tem um clube
: mas agora eu tenho medo.

NE : Mas Ana, não precisa ter medo, é claro que você não vai sambar,
: nem dançar um rock pauleira, é só controlar o parceiro para ele
: não apertar muito e dançar à vontade.

ANA : É só o parceiro não agarrar muito, né?

NO : Risos

NE : É isso aí, também não dá prá dançar lambada, mas o resto pode
: dançar tranqüila.

ANA : É eu sei, também está chegando o verão e a Maria vai me ensinar
: a como cuidar na praia.

NE : É isso mesmo, coloca um maiô e pode aproveitar a praia, o sol,
: levar uma vida normal como as outras pessoas.

ANA : Eu sei, aos poucos eu vou aprendendo mais e mais e vou perdendo
: o medo.

NE : É isso mesmo, você tem apenas 5 meses de CAPD, podemos dizer
: que ainda esta na fase de adaptação. Com o tempo você fica tão
: acostumada que nem se lembra que a CAPD é um transtorno, isso
: porque ele passa a fazer parte integral da sua vida.
ANA : É a Maria já conversou isso comigo.

A.7 - FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL.

NE : Ana, qual sua altura?

ANA : 1.49 mts.

:

NE : Seu pêso?

ANA : 40 Kg

:

NO : Passou uma jovem pela sala, fez um afago na cabeça de Ana, me
: cumprimentou e saiu.

:

NE : 40 Kg é o peso cheio ou sêco?

ANA : É o peso cheio.

:

NE : E qual o peso sêco?

ANA : 38 Kg.

:

NE : Qual a sua pressão?

ANA : É na média de 11 x 8 e 12 x 9.

:

NE : Você antes tinha pressão alta, e agora?

ANA : Nunca mais tive nada, se eu não me cuidar a pressão baixa muito.

NE : Quer dizer que com a CAPD sua pressão regularizou?

ANA : É sim, todos os meus problemas de antes se foram.

NE : A pressão normalizou. Nunca mais botei sangue pelo nariz, não tem mais anemia, os pulmões estão sem problemas e o coração?

ANA : Também está em ordem, a única coisa que sente falta é de um amor.

NO : Levou a mão ao peito e respirou profundo com um sorriso no rosto.

NE : É Ana, acho que a maioria dos corações femininos tem esse problema...

ANA : Mas eu sou teimosa, vou continuar procurando até encontrar.

NE : Ótimo, mas para isso tem que sair mais, voltar a frequentar os bailes, dançar, enfim, mostrar a cara na rua

ANA : Agora nas festas de fim de ano vou começar a reencontrar os amigos, vou sair mais um pouco.

NE : É isso mesmo. E com relação aos músculos e ossos, algum problema?

ANA : Não.

NE : Você tem algum outro convênio além do INAMPS?

ANA : Não, o tratamento todo é pelo o INAMPS e a aposentadoria eu estou só esperando o andamento dos papéis.

NE : E com que regularidade você vai ao médico?

ANA : Uma vez por mês, prá fazer os exames e trocar o equipo, quando tenho algum problema é só telefonar pro Dr. João ou prá Maria, se tiver que ir ao hospital o patrão me leva, se não for urgente eu vou de ônibus.

NE : Você vai sozinha?

ANA : Vou sim, antes as meninas iam comigo, hoje não precisa.

A.8 - PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM ESTAR

NE : Vamos falar dos órgãos dos sentidos. A visão é boa, e como funcionam a audição, o paladar, o olfato e o tato? Você ouve bem, sente o gosto e o cheiro dos alimentos, tem sensibilidade nas mãos?

ANA : Tudo muito normal.

NE : Você deixou de fumar, e quanto a bebida, tem hábito de tomar alguma coisa?

ANA : Não, nunca gostei e não é agora que vou começar a gostar.

NE : Você tem alergia a alguma coisa?

ANA : Não, a nada.

NE : A casa aqui é grande, bem localizada, bem arejada e iluminada.

: Quantos cômodos tem aqui?

ANA : É muito grande. Aqui dentro são 4 quartos, 3 banheiros, 1 copa,
: 1 cozinha, 1 sala que é essa, uma sala de TV e som, e ainda lá
: fora tem um apto. com 1 quarto, 1 banheiro e 1 cozinha pequena
: que é onde eu moro. Fora isso tem o quintal, a garagem, a área
: de serviço e o jardim. Como você vê é tudo limpo e arrumado.

:

NE : Você armazena suas bolsas no seu quarto?

ANA : É sim, tudo como Maria orientou.

:

NE : Como você aquece sua bolsa?

ANA : Com cobertor térmico, eu tenho tudo, a mesa, o suporte, todo
: material, não falta nada. Tenho até aparelho de pressão.

:

NE : Você tem animais domésticos?

ANA : Só um cachorrinho bem pequenininho, mas ele nunca entrou no meu
: quarto.

:

NE : Você tem carro e telefone?

ANA : Sim, só que o telefone fica no restaurante, mas isso não é pro-
: blema e o carro fica sempre na garagem.

B - DE DESENVOLVIMENTO.

B.1 - SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO.

NE : Nós já falamos dos exames laboratoriais, de troca de equipo,

: dos curativos e da higiene diária. Vamos falar agora das tro-
cas, dos controles e das medicações, como isso é feito?

ANA : Bom, as trocas são 4 x/dia, de dia uso as bolsas 1,5 e a noite
de bolsa 4,25.

:

NE : E o controle dos líquidos e da pressão?

ANA : O do líquido é feito a cada troca: o que entra, o que sai e que
eu bebo. Eu elimino principalmente pela manhã, por isso às ve-
zes tenho a pressão baixa. Quando esta baixa durante o dia eu
não uso a 4,25 de noite, aí eu faço as 4 bolsas de 1,5. Como
eu às vezes tenho pressão baixa, eu faço o controle toda vez
que troco a bolsa, o que não precisa, né? Mas eu faço só pra
ver como está.

:

NE : Você toma remédio?

ANA : Tomo todo dia o Aldrox e a vitamina Unicap.

B.2 - PREVENÇÃO DE EFEITOS DELETÉRIOS AO DESENVOLVIMENTO.

NE : Nós já vimos que você tem se adaptado bem ao tratamento e que
as mudanças de estilo de vida foram bem incorporadas no seu
dia-a-dia. E sua vida sexual, mudou muito?

ANA : Aí eu parei, não namorei mais, não quis mais ninguém.

:

NE : Por que isso, Ana? Vergonha do corpo?

ANA : Não, não é isso.

:

NE : Vai querer ficar sozinha o resto da vida? E o que você vai dizer pro seu coração?

:

NO : Risos.

:

ANA : Não, não é isso, me acomodei dentro de casa.

:

NE : Mas nenhum príncipe bate na porta perguntando: "Ana mora aqui?"

:

NO : Risos novamente.

:

ANA : Eu sei, e quero encontrar um companheiro.

:

NE : Eu entendo, você está saindo agora da fase de adaptação, está descobrindo que pode sair, viajar, dançar, ir à praia e também vai descobrir que pode namorar, amar e ser feliz.

ANA : Eu já estou pensando nisso.

:

NE : Você pode e deve levar a vida normalmente, isso em todos os sentidos. É só se dar novas chances.

ANA : Eu sei.

:

NO : Risos

C - DE DESVIOS DE SAÚDE.

C.1 - RELATIVOS À HISTÓRIA DA DOENÇA.

NE : Você já me contou como começou sua doença, agora me diga o que
: sentia, o que a incomodava?

ANA : Eu inchava muito, tinha dor de cabeça, pressão alta, botava
: sangue pelo nariz, tinha anemia, tinha coceira também.

:

NE : Como você reagiu quando soube que era doença renal e que tinha
: que fazer tratamento por toda vida?

ANA : A gente não se sente bem, fica chateada, eu só pensava em parar
: de trabalhar. Eu não ia me acostumar. Trabalhei a vida toda,
: desde os 7 anos de idade, prá chegar agora e ter que parar, dá
: um desgosto. Eu sentia dores nas costas, o médico disse que era
: coluna e no fim era rim.

:

NE : E como você aceitou isso?

ANA : Eu pensei que ia ser pior, né? Depois que comecei a CAPD o que
: mudou foi ir ao hospital todo mês, fazer as trocas todo dia e
: não fazer trabalhos pesados, mas em comparação, todos os pro-
: blemas que tinha sumiram. Hoje como de tudo, posso beber líqui-
: dos, não tomo mais tanto remédio, durmo bem.

:

NE : Quer dizer que no fim de tudo sua vida melhorou?

ANA : É sim.

:

NE : Você teve conhecimento dos outros tratamentos antes de começar
: a CAPD?

ANA : Tive sim, lá na sala de rim eu vi as máquinas e a outra diálise
: se eu fiz 8 seqões em 4 meses, era de 15 em 15 dias.

C.2 - RELATIVOS AO TRATAMENTO POR CAPD.

C.2.1 - ASPECTOS MOTIVACIONAIS.

NE : Você optou pela CAPD de modo consciente?

ANA : Sim, eu fiz aquela outra diálise e não era bom. Eu ficava quase
: dois dias deitada de barriga pra cima. Era horrível. E aquele
: da máquina que liga no braço ...

NE : A hemodiálise.

ANA : Isso. Também não é bom, além de ir ao hospital 3 vezes semanais
: ainda tem dieta e um monte de problema.

NE : Então prá você a CAPD é melhor?

ANA : É sim, bem melhor. É como um milagre. Minha vida hoje é ótima.

NE : Você gosta de voce mesma?

ANA : Gosto sim, eu me cuido.

NE : Como você se sente hoje fazendo suas trocas?

ANA : Me sinto bem, não dou mais trabalho às meninas e pra mim é im-
: portante cuidadr de mim mesma.

NE : Isso se chama auto-cuidado, ou seja, eu cuido de mim mesma.

ANA : É isso aí, é importante eu cuidar de mim mesma.

:

NE : Você tem interesse pelo funcionamento do seu corpo?

ANA : Tenho sim, é bom ver que está tudo bem, que o líquido drenou
: bem, isso é importante, né?

:

NE : Claro, você se alimenta bem, toma líquido, faz seu auto-cuida-
: do...

ANA : É isso aí, eu sou responsável por mim. Se não me cuidar vou ter
: problemas e vou sofrer. Como eu não quero isso eu me cuido. É
: importante ter muita vontade e fazer tudo com seriedade.

:

NE : É isso mesmo, Ana. Agora me diga: você gosta tanto de si mesma,
: quais são os seus planos para o futuro?

ANA : Nada especial. Tenho uma vida tranqüila, vivo com pessoas que
: gostam de mim, eu nunca fui ... como vou dizer ... ambiciosa,
: É isso, ambiciosa, eu só quero continuar sem problemas.

:

NE : Em sua opinião, quem é responsável pelo sucesso do seu trata-
: mento?

ANA : Eu nem sei...

:

ND : Fica pensativa e responde com timidez.

:

ANA : Sou eu, né?

:

NE : Claro, Ana. é voce que é responsável por todo seu auto-cuida-
: do...

ANA : Mas tem o Dr. João e a Maria.

:

NE : É logico, eles têm uma parte da responsabilidade pois lhe tira-
: ram da crise, fizeram seu treinamento, seu implante e fazem os
: controles mensais, mas você, no seu dia-à-dia, é a principal
: responsável pelo sucesso do tratamento.

ANA : Eu sei, e devo muito a eles.

:

NE : Tudo isso é verdade, mas o mérito maior é seu.

C.2.2 - ASPECTOS FÍSICOS

NE : A presença do catéter, da bolsa e do líquido intra-abdominal
: lhe incomoda?

ANA : Não.

:

NE : Já se acostumou?

ANA : Já sim. Isso não me incomoda mais. No começo a gente estranha,
: mas depois nem lembra mais.

:

NE : Quais seus cuidados com o orifício de saída?

ANA : Limpo bem com o sôro, uso povidine, troco a gase e o esparadra-
: po, isso todo dia.

:

NE : Você já teve algum problema de infecção?

ANA : Não, quando eu estava ainda no hospital tive um problema de infecção no corte aqui do catéter, eles abriram, tiraram pús e aos poucos ficou bom. Depois que saí do hospital não tive mais problemas. Tomei duas caixas de antibiótico e fiquei boa.

;

NE : Depois não teve mais nada?

ANA : Mais nada.

C.2.3 - ASPECTOS COGNITIVOS.

NE : Agora vamos relembrar alguns aspectos do treinamento e algumas coisas que já conversamos hoje. Que tipo de diálise você está fazendo?

ANA : É a CAPD, né?

;

NE : E o que significa CAPD?

ANA : É a diálise que a gente faz em casa durante todo o tempo.

;

NE : É a Diálise Peritoneal Ambulatória Contínua.

ANA : Isso mesmo.

;

NE : Em que local você deve fazer as trocas?

ANA : Em um quarto fechado, limpar a mesa com álcool, usar a máscara, lavar as mãos por 3 minutos com soapex e usar toalha limpa.

;

NE : O quarto deve estar limpo, janelas e portas fechadas, sem nenhuma corrente de ar, e quem estiver presente deve usar máscara.

: também.

:

NE : Como se chama o líquido em seu abdômem?

ANA : É o líquido da diálise.

:

NE : O nome é líquido dializante.

ANA : Certo.

:

NE : Qual a concentração das soluções que você usa?

ANA : A de 1,5 e a de 4,25.

:

NE : Qual a que puxa mais água?

ANA : É a de 4,25 da noite.

:

NE : Quanto tempo o líquido deve ficar dentro de sua barriga entre
: as trocas?

ANA : De 4 a 5 horas e a noite fica mais ou menos 8 horas.

:

NE : Como se chama o líquido que drena do seu abdômem?

ANA : Eu não sei.

:

NE : Você esta com alguma dificuldade em responder porque quem lhe
: treinou foram as meninas e provavelmente elas só lhe ensinaram
: os procedimentos técnicos, mas não tem problema, nós aproveitamos e aprendemos os termos técnicos. O líquido que sai do abdômem é o dializado.

:

NE : Quanto tempo leva o período de drenagem?

ANA : De 15 a 20 minutos.

:

NE : O que deve ser observado no líquido drenado?

ANA : A cor, se está escuro ou com alteração e deve pesar.

:

NE : Certo. Como o uso do equipo pode ser contaminado?

ANA : Bom, pegando sem querer ou derrubando, com vento, sem máscara.

:

NE : O que fazer se houver contaminação?

ANA : Falar com o Centro e fechar o clamp.

:

NE : Isso. O clamp deve ser colocado o mais próximo possível da pele, a ponta contaminada deve ser reconectada na bolsa, não deve ficar solta e avisar ao centro que está indo até lá devido a uma contaminação. O mesmo deve ser feito se observar algum vazamento no catéter, no equipo ou na bolsa, entendeu?

ANA : As meninas disseram alguma coisa, agora eu lembro.

:

NE : Você deve reler o manual do paciente e qualquer dificuldade ou dúvida, fale com Maria. Na dúvida não faça nada. É muito importante ter certeza e segurança em todos os procedimentos.

:

NE : Quais as funções normais dos rins?

ANA : Ele faz urinar bem e acho que tira todas as coisas ruins do corpo.

:

NE : É isso. Ele filtra as substâncias tóxicas do sangue e elimina
: como urina. Se ele não filtra, todas as substâncias tóxicas
: ficam no sangue, aí aparece a pressão alta, dor de cabeça, in-
: chaço, coceira, tudo isso porque não são eliminados pelos rins.
: Quando elas acumulam no organismo, começam a desenvolver os
: problemas que você tão bem conhece. Então, a função do rim é
: filtrar e essa filtração agora está sendo feita pelo seu peri-
: tônio ...

NO : Nesse momento demonstro através de figuras esquemáticas exis-
: tentes no manual do paciente, o que é o peritônio, sua locali-
: zação e suas funções. Demonstro também o processo de infusão e
: drenagem que ocorre na CAPD. Ana presta muita atenção em tudo.

NE : Essas substâncias tóxicas das quais falamos são: a uréia, a
: creatinina, o sódio, o potássio, o cálcio, entre outras. O nos-
: so organismo precisa delas, mas quando elas estão em excesso,
: elas prejudicam o nosso funcionamento orgânico, e as duas prin-
: cipais são: uréia e creatinina. Quando em um exame de sangue a
: uréia e a creatinina estão aumentadas, o médico deve logo in-
: vestigar o funcionamento renal. Está dando prá entender?

ANA : Tá sim, muito bom.

NE : Com que frequência voce controla seu peso e sua pressão?

ANA : Toda manhã, mas como minha pressão varia um pouco eu vejo a
: pressão quando faço as quatro trocas.

NE : Se você tiver com excesso de peso, qual a solução que deve
: usar?

ANA : A de 4,25.

:

NE : Por que?

ANA : É a que puxa mais água.

:

NE : O que é hipertensão?

ANA : É a pressão alta.

:

NE : Quais os principais sintomas da hipertensão?

ANA : Dor na nuca, dor de cabeça, inchaço.

:

NE : O que você faz se sua pressão estiver alta?

ANA : Eu troco a bolsa para 4,25.

:

NE : Diminuir a ingestão líquida, tirar o sal da comida, controlar os
: líquidos e a pressão.

ANA : Certo, isso mesmo.

NE : E se a hipertensão persistir por mais de 12 horas deve procurar
: o Centro.

ANA : Certo.

:

NE : E o que é a hipotensão?

ANA : É a pressão baixa.

:

NE : Quais os sintomas da hipotensão?

ANA : Moleza, fraqueza, tontura.

:

NE : O que você faz quando a pressão está baixa?

ANA : Como uma coisa bem salgada e não uso a bolsa 4,25.

:

NE : Aumenta a ingestão de líquido, controla a pressão e os líquidos,
também em 12 horas se não melhorar procura o Centro.

:

NE : O que é peritonite?

ANA : É ...

:

NE : É a inflamação do peritônio, certo?

ANA : Certo.

:

:

ND : Através do material mostrei novamente o peritônio.

:

:

NE : Quais são os sintomas da peritonite?

ANA : Vômito, dor de cabeça, febre.

:

NE : Muito bem, e o líquido drenado é turvo.

ANA : Isso mesmo.

:

NE : Se você tem esses sintomas o que faz.

ANA : Troco as bolsas ...

:

NE : Troca três bolsas rápidas. Não precisa nem aquecer, controlar a
: pressão, comunica o Centro e vai até lá levando a 1ª bolsa tur-
: va. O importante é manter a calma e fazer esses primeiros cui-
: dados antes de ir ao Centro.

:

NE : Quais são os sinais e sintomas que indicam infecção na pele?

ANA : Fica vermelha, dói, lateja.

:

NE : E o que você faz?

ANA : Limpo bem com água oxigenada e povidine.

:

NE : E esse curativo deve ser trocado 3, 4, 5 vezes ao dia, se fa-
: zendo isso e em 24 horas continua do mesmo jeito ou a secreção
: aumentou deve procurar o Centro.

ANA : Eu não gosto nem de pensar nisso ...

:

NE : Mas é importante ter conhecimento de tudo.

ANA : Claro.

:

NE : Se na hora de trocar, você notar que a bolsa nova está furada
: ou tiver com a cor diferente, o que você faz?

ANA : Não uso, pego outra sem problema e devolvo a que teve defeito
: para o laboratório.

NE : Muito bem.

:

NE : O que voce olha na bolsa nova antes de trocar?

ANA : Aperto pra ver se não tem furo, a data da validade, o volume,

! se é de 1,5 ou de 4,25.

!

NE : A cor do líquido e se ele esta limpo.

ANA : Isso mesmo.

!

NE : Agora eu vou falar alguns sintomas e você vai tentar me dizer
! as causas, ou seja, o que provoca o aparecimento dos sintomas,
! coceira.

ANA : Não sei.

!

NE : Que a sua diálise não esta bem, isso quer dizer que as toxinas
! estão se acumulando no seu sangue, lembra?

ANA : Lembro. Você falou ainda há pouco. é a uréia e a ...

NE : Creatinina. Muito bem.

!

NE : Diarréia ou constipação.

ANA : Infecção?

NE : Isso, a diarréia pode ser um sintoma de infecção, mas também
! pode significar alimentação inadequada e a obstipação, além da
! alimentação inadequada, pode ser porque esta tomando pouco lí-
! quido. Então temos que corrigir a ingesta alimentar e líquida e
! observar o líquido drenado para descartar a infecção.

!

NE : Dor no ombro.

ANA : Não sei.

!

NE : A dor no ombro pode ser causada pela entrada de ar no abdômen

! durante a infusão do líquido.

ANA : É mesmo?

NE : É sim, por isso recomendamos todo o cuidado para evitar a presença de ar no equipo e no catéter.

ANA : Certo, eu nunca deixo entrar todo o líquido, sempre deixo um pouquinho na bolsa. Eu tenho, às vezes, dor nas costas.

!

NE : A dor nas costas geralmente é causada pelo peso do líquido no abdômen. Para compensar o peso você inclina a coluna pra trás, o mesmo acontece durante uma gravidez, por exemplo. Por isso é importante o repouso durante o dia.

ANA : Entendi.

!

NE : Náuseas, vomito, fraqueza, moleza no corpo.

ANA : Isso é pressão baixa.

NE : Ótimo, isso mesmo.

!

NE : Dor de cabeça, inchaço, inquietude, falta de ar.

ANA : É hipertensão.

NE : Líquido drenando sanguinolento.

ANA : Infecção?

NE : Pode ser, mas em mulheres isso pode acontecer no período de ovulação e no período menstrual. Observe isso porque você é uma pessoa com possibilidade de voltar a menstruar e assim pode acontecer do líquido sair sanguinolento.

ANA : Quer dizer que é normal?

NE : É sim. O líquido róseo em mulheres comumente é normal, mas se o

: líquido é vermelho com coágulos de sangue pode ser uma infec-
: ção, mas aí vão aparecer outros sintomas como a febre e a dor
: principalmente.

ANA : Entendi.

:

NE : Ana, você tem alguma dúvida? Como você não foi treinada por Ma-
: ria eu tentei passar para você os aspectos básicos do treina-
: mento e do tratamento da CAPD. Você quer fazer alguma pergunta?

ANA : Não, as meninas me ajudam muito, qualquer coisa eu falo com a
: Maria e eu tenho o material pra lê. Foi importante porque tinha
: algumas coisas que eu não sabia.

:

NE : Eu quero agradecer a sua colaboração e me colocar à sua dispo-
: sição para qualquer esclarecimento que seja necessário. Espero
: que nossa conversa tenha lhe ajudado em alguma coisa, porque
: prá mim foi super importante e eu lhe sou muito grata. Nós va-
: mos ter mais um contato, mas eu lhe telefono antes, se você não
: se incomodar, pode ser?

ANA : Claro que sim, eu também quero lhe agradecer e pedir desculpas
: se não foi como você queria.

NE : Nada disso, foi ótimo e no nosso próximo encontro quero ter no-
: tícias das festas, das danças e das paqueras.

:

NO : Risos.

:

ANA : Pode deixar, se tiver novidade, eu conto.

NE : Muito obrigada, Ana. Tudo de bom prá você.

ANEXO VI

Sub-Comissão de Avaliação de Projetos

Aluna: Alba Lúcia Agra Guimarães

P A R E C E R

Introdução:

pág. 2 e 3 - Não vejo o porque de introduzir o conceito de Doença Crônica ao meio do trabalho (ainda mais que é tão pouco e a relação com o estudo não fica clara).

Se insistir que deva aparecer, coloque no início para vir do geral para o particular.

pág. 6 - A parte referente a enfermagem - 3º parágrafo - deve mencionar o que tem sido dito, feito, em relação a enfermagem a pacientes com problemas renais crônicos e mais especificamente aos em estudo

pág. 6 - Acho que não deveria mencionar Orem já. Julgo que poderias dizer o que um marco de enfermagem deveria enfocar na assistência de enfermagem a estes clientes. A questão da auto-imagem, na relação com a família, do poder de tomar decisões etc,... Em seguida entrarias na discussão do que a teoria de Orem poderia contribuir.

pág. 7 - Retirar todo o 1º parágrafo.

pág. 8 e 9 - Por que "Proposta e Objetivo Geral"? Precisas dos dois?

Justificativa:

pág. 9 - Rever o que deve conter uma justificativa. Por exemplo: a necessidade de se ter marcos para a prática, etc. Importância do A-C para o renal.

Marco:

Os pressupostos devem estar no início do marco.

Os conceitos devem ser seguidos pela especificação ao caso em estudo e vir logo em seguida - saúde.

Falta definir soc. para o caso específico.

Separar enfermeiro de enfermagem (pág. 16).

Rever Auto-Cuidado no caso específico (pág. 17). Transferir...

Demanda Terapêutica (pág. 18) - Falta adaptação para o estudo específico.

Escrever um exemplo específico no processo de enfermagem.

Refazer o cronograma.

Aprovado com as seguintes condições:

- 1) Escrever um exemplo e apresentar imediatamente ao orientador:
- 2) As mudanças da introdução e marco podem ser refeitos.
- 3) A revisão da literatura. Melhorar no decorrer do projeto.

A sub-Comissão:

DR^a Mercedes Trentine _____

DR^a Lúcia H.T.Gonçalves _____

DR^a Ingrid Elsen _____

De Acordo:

Mestranda _____